

# Sykepleieres erfaringer i møte med pasienter med inoperabel kreft i tiden før kirurgen har informert om utfallet av operasjonen

Mona Austenå



Mastergradsoppgave  
Avdeling for sykepleievitenskap  
Institutt for helse og samfunn  
Det Medisinske fakultetet

UNIVERSITETET I OSLO

25.05.15



© Mona Austenå


2015


Sykepleieres erfaringer i møte med pasienter med inoperabel kreft i tiden før kirurgen har informert om utfallet av operasjonen

Mona Austenå

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

	UNIVERSITETET I OSLO DET MEDISINSKE FAKULTETET Institutt for helse og samfunn, Avdeling for sykepleievitenskap. Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo
<b>Navn: Mona Austenå</b>	<b>Dato: 25.05.15</b>
<b>Tittel:</b>	
<b>Sykepleieres erfaringer i møte med pasienter med inoperabel kreft i tiden før kirurgen har informert om utfallet av operasjonen.</b>	
<b>Sammendrag:</b>	
<b>Formål:</b> Utvikle kunnskap om sykepleieres handlingskompetanse ved ivaretagelse av kreftopererte pasienter som ikke er informert om dårlig prognose.	
<b>Teoretisk forankring:</b> Kims klient - sykepleier domene ble valgt som overordnet teoretisk perspektiv, for å se på hvordan fenomen i møtet mellom sykepleier og pasient kan bidra til ivaretagelse av pasienten før informasjonen er gitt. Forskning viser betydningen av tilpasset informasjon til kreftpasienter med dårlig prognose, håndtering av emosjonell omsorg i et teknologisk miljø, samt tilstedeværelse og bevaring av håp for uhelbredelig syke pasienter.	
<b>Metode:</b> Studien hadde et utforskende design, og fokusgruppeintervju var metoden for datainnsamlingen. Utvalget ble rekruttert fra to postoperative avdelinger ved to sykehus, 13 sykepleiere i alder 31 - 59 år, med 1.5 - 34 års erfaring med problemstillingen deltok og ble fordelt i tre fokusgrupper. To fokusgrupper hadde lang erfaring, en kort erfaring. Det ble brukt tematisk innholdsanalyse av intervjuene.	
<b>Resultater:</b> Sykepleierne syntes å balansere mange oppgaver før pasienten fikk informasjon om utfallet av operasjonen. Dette omfattet å ikke avsløre hvordan operasjonen hadde gått, håndtere pasientens behov for å vite, mestre overvåkningen, ha kontroll på egne følelser, inngi tillit og bidra til å bevare håp for pasienten. Sykepleierne med lang erfaring syntes å takle situasjonen bedre enn de uerfarne, ved å se betydningen av den enkelte pasientens behov for informasjon. Alle savnet mer tid til systematisk bearbeiding av situasjonene med debriefing eller veiledning.	
<b>Konklusjon:</b> I tiden før pasienten ble informert, syntes sykepleierne å innta distanse til pasienten, for å unngå og ubevisst formidle det de visste. Men de ønsket å kunne våge og være tilstede for pasienten for å inngi tillit, selv om de måtte holde følelsene tilbake. Ble det avsatt tid til bearbeiding av slike situasjoner opplevde sykepleierne å få anerkjennelse for det komplekse og utfordrende ved ivaretagelse av pasienten.	
<b>Nøkkelord: Dårlig prognose, informasjon, kreft, sykepleie, postoperativ</b>	

	UNIVERSITETET I OSLO DET MEDISINSKE FAKULTETET Institutt for helse og samfunn, Avdeling for sykepleievitenskap. Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo
<b>Name: Mona Austenå</b>	<b>Date: 25.05.15</b>
<b>Title:</b> <b>Nurses' experiences in caring for cancer patients in the time before the surgeon has informed about poor prognosis after surgery</b>	
<p><b>Abstract:</b></p> <p><u>Purpose:</u> To develop knowledge about nurses competence in taking care of cancer patients who are not informed about poor prognosis after surgery.</p> <p><u>Litterature review:</u> The Kims client - nurse domain was chosen as the theoretical perspective, to look at how phenomena in the nurse - patient relationship can realize caring for the patient prior to the patient is given the information. Research reports the importance of adapted information to cancer patients with poor prognosis, handling emotional care in a technological environment, as well as presence and maintaining hope for incurable patients.</p> <p><u>Method:</u> The study had an exploratory design, with focus group interviews as the method of data collection. Participants were recruited from two postoperative wards at two hospitals, 13 nurses aged 31-59 years, with 1.5 to 34 years of experience in such situations were divided into three focus groups. Two focus groups had long experience, one had short experience. Thematic content analysis of the interviews was performed.</p> <p><u>Results:</u> The nurses seemed to balance many tasks before the patient was informed about the outcome of the surgery. This included not to disclose the result, handle the patient's needs to know, managing monitoring, control their own feelings, build confidence and help maintain hope for the patient. The nurses with long experience seemed to handle the situation better than the less experienced. All wanted more time for systematic processing of the situations such as debriefing.</p> <p><u>Conclusion:</u> In the time before the patient was informed, nurses seemed to distance from the patient, to avoid unconsciously mediating what they knew. But they wanted to be able to dear being present to inspire the patient confidence, although they had to hold back their feelings. When debriefing or guidance was offered the nurses felt they received recognition of the complexity and challenge in caring for the patient.</p>	
<b>Key words: Poor prognosis, information, cancer, nursing, postoperative</b>	





# Forord

Nå er denne forunderlige reisen endelig ved veis ende - mastergradsoppgaven er ferdig og skal innleveres. Det har vært en spennende prosess hvor jeg har blitt ufordret på mye jeg ikke trodde var mulig for meg å få til. Men det hadde ikke vært mulig å gjennomføre studien uten mange behjelpelige mennesker. Først vil jeg takke ledelsen ved Postoperativ/intensiv avdeling, Akuttklinikken, Oslo universitetssykehus, for tildelt studietid. Tusen takk til de engasjerte og åpenhjertige sykepleierne som stilte opp i intervjuene og delte med seg av sine rike erfaringer. Jeg vil også rette en stor takk til min veileder May Solveig for konstruktive innspill, positive tilbakemeldinger, og ikke minst, en ukuelig tro på at jeg skulle lykkes med prosjektet.

Familie, venner og kollegaer, tusen takk for god støtte og oppmuntring gjennom denne prosessen, en spesiell takk til Ivar – klippen min!

Oslo 25. mai 2015

Mona Austenå





# Innholdsfortegnelse

## Sammedrag

## Forord

## Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn.....	1
1.2	Studiens hensikt og forskningsspørsmål.....	5
1.3	Oppgavens oppbygning.....	6
2	Teori og empirisk grunnlag for studien.....	7
2.1	Teoretisk forankring.....	7
2.2	Litteratursøk.....	9
2.3	Litteraturgjennomgang.....	10
2.3.1	Pasientens behov for informasjon etter en operasjon.....	10
2.3.2	Det postoperative miljøet som setting.....	12
2.3.3	Tilstedeværelse og håndtering av situasjonen.....	13
2.4	Oppsummering.....	16
3	Design og metode.....	17
3.1	Utforskende og beskrivende design.....	17
3.2	Metode.....	18
3.2.1	Tilgang til forskningsfeltet.....	19
3.2.2	Utvalg.....	19
3.2.3	Prøveintervju.....	21
3.2.4	Intervjuguide.....	21
3.2.5	Gjennomføring av intervjuene.....	22
3.2.6	Interaksjonen i intervjuene.....	24

3.3 Dataanalyse.....	25
3.3.1 Transkribering.....	25
3.3.2 Analyse av datamaterialet.....	26
3.4 Forskningsetiske betrakninger.....	34
3.5 Metodiske overveielser.....	35
4 Resultater.....	39
4.1 Være i det uforløste.....	40
4.1.1 Ikke avsløre sannheten.....	40
4.1.2 Håndtere pasientens behov for å vite.....	43
4.2 Ønske om å være profesjonell.....	48
4.2.1 Mestre overvåkingen.....	48
4.2.2 Beholde kontroll på egne følelser.....	49
4.2.3 Være en god sykepleier.....	50
4.3 Behov for råd og anerkjennelse.....	55
4.4 Oppsummering.....	57
5 Diskusjon.....	58
5.1 Være i det uforløste.....	59
5.1.1 Betydningen av erfaring ved tilnærming til pasienten.....	60
5.1.2 Betydningen av distanse og språk når sannheten ikke må avsløres.....	62
5.1.3 Betydningen av å ikke kunne gi pasienten tilpasset informasjon.....	64
5.2 Ønske om å være profesjonell.....	66
5.2.1 Betydningen av en sikker overvåkning.....	67
5.2.2 Betydningen av empati når følelsene må holdes under kontroll.....	68
5.2.3 Betydningen av gjensidighet for å inngi tillit og bevare håp for pasienten.....	69
5.3 Behov for råd og anerkjennelse.....	71
6 Konklusjon.....	74

Litteraturliste.....	77
Vedlegg.....	84

# **Oversikt over vedlegg**

Vedlegg 1: Eksempel på søkestrategi fra PubMed

Vedlegg 2: Svar fra NSD

Vedlegg 3: Svar fra avdelingsleder

Vedlegg 4: Informasjonsskriv

Vedlegg 5: Intervjuguide

# **Oversikt over tabeller**

Tabell 1: Sammensetning i gruppene s. 20

Tabell 2: Bakgrunnsopplysninger om deltakerne s. 20

Tabell 3: Fra meningsbærende enhet til tema fase 1 s. 28

Tabell 4: Fra meningsbærende enhet til tema fase 2 s. 30

# **Oversikt over figurer**

Figur 1: Tankekart – utarbeiding av tema s. 33



# 1. INNLEDNING

Temaet for denne mastergradsoppgaven er sykepleieres erfaringer med å ivareta pasienter med inoperabel kreft i postoperativ avdeling, i tiden før kirurgen har informert om utfallet av operasjonen. I det første kapitlet blir det gjort rede for bakgrunn og hvilke forskningsspørsmål studien har til hensikt å gi svar på.

## 1.1 Bakgrunn

I en postoperativ avdeling overvåkes pasienter etter ulike operasjoner. På grunn av medikamenter som blir gitt under narkosen kan pasientens bevissthet, blodtrykk, pusteevne og koordinasjon være påvirket i flere timer etter at operasjonen er avsluttet. Det er derfor nødvendig med overvåkning de første timene, eller det første døgnet etter operasjonen. En postoperativ avdeling er bemannet med flere sykepleiere enn vanlige sengeposter, ofte har en sykepleier bare ansvar for en til to pasienter (Store norske leksikon, 2009). I et postoperativt miljø er det fokus på avansert teknologi som skal forenes med helhetlig omsorg for pasienten (Wikström, Cederborg og Johanson, 2007; Almerud, Alapack, Fridlund og Ekebergh, 2007). Som intensivsykepleier har jeg selv erfart hvordan samspillet med pasienter blir preget av å ikke kunne gi svar på hvordan operasjonen har gått når kreftsvulsten ikke kunne fjernes. I etterkant har jeg også ofte hatt diskusjoner med kollegaer om hvor vanskelig det er å håndtere slike situasjoner på en god måte.

I 2013 ble 30 401 nordmenn rammet av kreft. Men med økte og bedre behandlingsmuligheter blir stadig flere helt friske etter kreft, relativ overlevelse etter fem år har økt i perioden 2009 - 2013 for ulike kreftformer som bryst-, prostata-, lunge-, og tarmkreft, med en gjennomsnitt overlevelse på ca. 70 % (Kreftregisteret, 2015). Avhengig av type kreft er behandlingen kirurgi, cellegift eller strålebehandling, hver for seg eller i kombinasjon. Halvparten av kreftpasientene gjennomgår kirurgi, hvor kreftsvulsten fjernes helt eller

delvis (Kreftforeningen, 2015). Men noen ganger kan ikke kreftsvulsten fjernes, inoperabel kreft betegner en ondartet svulst som ikke kan opereres på grunn av lokalisasjon, innvekst eller spredning til nærliggende organer (Store norske leksikon, 2014).

Pasienter som innlegges på sykehus for kirurgisk behandling av kreft, må antas å ha forhåpninger om at operasjonen vil gjøre dem friske, avhengig av hvilken prognose de har blitt forespeilet på forhånd. Hvis kirurgen under operasjonen konstaterer at kreftsvulsten er inoperabel vil operasjonen bli avsluttet tidligere enn planlagt, og pasienten overflyttes til postoperativ avdeling for en kortere oppvåkning. Det er vanlig rutine at ansvarlig kirurg informerer pasienten om resultatet av operasjonen så fort han har våknet etter narkosen. Men det hender at pasienten våkner før kirurgen kommer, og det viktigste da er å få vite hvordan operasjonen har gått (Grønnestad og Blystad, 2004, Worster og Holmes, 2009). Da er det naturlig å spørre sykepleieren som er den første pasienten møter i postoperativ avdeling. Sykepleieren får ofte bare en kort rapport fra anestesipersonalet om at pasientens kreftsvulst er inoperabel, og anser at ansvarlig kirurg må formidle dette til pasienten. I tiden før kirurgen kommer er det krevende å være hos pasienten, da sykepleieren har avgjørende informasjon som ikke kan gis til pasienten. Sykepleieren kjenner ikke pasienten på forhånd, og det blir sjeldent dokumentert i pasientens journal om kirurgen har informert om muligheten for at kreftsvulsten ikke kan opereres. Det blir derfor vanskelig for sykepleieren å danne seg et bilde av om pasienten er forberedt på at operasjonen ikke skal gå som planlagt.

Pasienter som overflyttes til postoperativ avdeling etter en operasjon behøver ulik grad av overvåkning, avhengig av type anestesi, lengde på operasjonen, og eventuelle komplikasjoner som har oppstått under operasjonen. Standard for alle operasjonspasienter vil uansett være tilkobling av ekg-ledninger, for å observere hjerterytme og pulsfrekvens, og måling av blodtrykk automatisk med en mansjett rundt armen, eller kontinuerlig via en arteriekanyle, oftest plassert i håndleddet. Fra denne arteriekanylen tar sykepleierne også blodprøver, som for eksempel blodgass som viser pasientens syre-base status, hemoglobin, elektrolytter og blodsukker. Pasienten får intravenøs væsketilførsel via sentrale eller perifere venekatetre, for å erstatte tap av blod og andre kroppsvæsker under operasjonen og



det postoperative forløpet, og gi næring i den tiden pasienten må holdes helt eller delvis fastende. Ekstra surstoff blir tilført via nesekateter eller maske, og for å måle surstoffmetningen settes en klemme henholdsvis på finger, tå eller øre. Smertelindring gis ved behov, men også ofte kontinuerlig via pumpe, intravenøst eller epiduralt. Pasienten har innlagt blærekateter, hvor det kan måles timediurese og kontinuerlig kroppstemperatur. I tillegg er det viktig for sykepleieren og få overblikk over pasientens perifere sirkulasjon og eventuelle blødning fra operasjonsområdet og sårdren (Gulbrandsen og Stubberud, 2010).

Mottakssituasjonen er i stor grad preget av at sykepleieren må få oversikt over overvåkningsutstyr og pasientens kliniske tilstand. Overvåkningsmonitoren og infusjonspumpene har innstilte alarmgrenser som er satt etter ordinerte retningslinjer, for å sikre at pasienten får tilpasset behandling i den postoperative fasen. Alarmene er normalt en indikator på at noe er galt med pasienten, men like ofte går det alarmer på grunn av forstyrrelser fordi en ledning har løsnet, høye trykk i infusjonspumpene forårsaket av slanger som har kommet i knekk, eller alarmgrensene er blitt stilt inn for snevert. Alarmene er stressende og distraherende faktorer i arbeidet med pasienten, og sykepleieren må kjenne seg trygg i forhold til å takle disse forstyrrelsene, og samtidig være tilstede og fortløpende forklare pasienten hva som skjer med og rundt han. Ved mottak av pasienter med inoperabel kreft, vil det innebære store utfordringer for sykepleieren å ha et våkent øye for pasientens behov for støtte og omsorg i en svært sårbar situasjon, og samtidig håndtere overvåkningsutstyret på en sikker måte. Det blir en balanse mellom omsorg og teknologi som skal sørge for at pasienten føler seg trygg og ivaretatt på en helhetlig måte (Wikström et al, 2007, Almerud et al, 2007). Den kontinuerlige overvåkningen krever mye av sykepleierens tid og oppmerksomhet, og hvor godt de evner å ivareta pasienten på en helhetlig måte, vil kunne være avhengig av hvor lang erfaring sykepleieren har fra det postoperative miljøet.

Sykepleieren har ansvar for å gi pasienten tilpasset informasjon, og forsikre seg om at han har forstått informasjonen (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). I følge Helsepersonelloven (Rundskriv Helsepersonelloven med kommentarer, 2012), og Pasientrettighetsloven (Rundskriv Lov om pasientrettigheter, 2004), er det faglig ansvarlig

helsepersonell som er i kontakt med pasienten, som har plikt til å gi informasjon og besvare spørsmål. Eksempler på dette er at kirurgen gir informasjon om den utførte operasjonen, og sykepleieren om den utførte pleien. I tillegg sier de samme lovene at hver enkelt helseinstitusjon skal utarbeide retningslinjer som sikrer at informasjonsplikten overholdes. Dette kan dermed tolkes som at sykepleiere i postoperative avdelinger har et juridisk ansvar i forhold til formidling av informasjon også til pasienter med inoperabel kreft. Men for mange sykepleiere kan det råde usikkerhet om hva loven sier, eller hvordan den konkret skal tolkes. De kan derfor velge å holde tilbake det de vet om pasienten på grunn av manglende kunnskap om den spesifikke kreftsykdommen, eller detaljer om operasjonen. Det er heller ikke alltid kjent for sykepleiere i postoperative avdelinger om det finnes retningslinjer som sikrer formidling av informasjon til operasjonspasienter, dette kan derfor medføre at de handler utifra egne antakelser eller avdelingens kultur. Ved å overlate til ansvarlig kirurg og formidle resultatet av operasjonen, får pasienten mer utførlig informasjon. Kirurgen kjenner pasientens kreftsykdom bedre, og dette skaper større grad av tillit og trygghet, og bidrar til at pasienten blir ivaretatt på best mulig måte.

Perioden sykepleiere i postoperativ avdeling skal ivareta pasienten med inoperabel kreft er delt i to faser, den første fasen er tiden før kirurgen har vært hos pasienten og formidlet resultatet av operasjonen, den andre fasen er tiden etter at kirurgen har gått, og sykepleieren står alene med pasientene igjen. I den første fasen må sykepleieren takle å holde viktig informasjon tilbake for pasientene, samtidig som hun kan bli direkte konfrontert med spørsmål fra pasienten om hvordan operasjonen har gått. Enkelte pasienter kan synes å slå seg til ro med en forsikring fra sykepleieren om at kirurgen snart vil komme å gi fullstendig informasjon, men for andre vil det oppleves stressende og ikke få vite resultatet med en gang. I den andre fasen blir det et vendepunkt hvor sykepleieren kan ta en mer aktiv rolle. Når kirurgen har gitt pasienten informasjon om utfallet av operasjonen, må sykepleieren være til stede for pasienten, ha tid til å lytte og danne seg en oppfatning av hvor mye pasienten har forstått. Sykepleieren må også i denne fasen gjenta informasjonen kirurgen har gitt, og kanskje forklare det som er blitt sagt med andre ord som pasienten forstår bedre.

Tiden pasienten med inoperabel kreft befinner seg i postoperativ avdeling er oftest kort. Den første fasen blir preget av en vanskelig tilnærming hvor sykepleieren kan føle hun har lite å bidra med. Når hun ikke kan svare på pasientens spørsmål om hvordan operasjonen har gått, vil dette begrense muligheten til å etablere gjensidig kontakt med pasienten. Men sykepleieren er imidlertid hos pasienten hele tiden på grunn av kontinuerlig overvåkning av vitale parametre etter narkosen og det kirurgiske inngrepet, og har derfor gode forutsetninger for å kunne fange opp umiddelbare reaksjoner og behov for informasjon hos pasienten helt i starten av den postoperative fasen.

## 1.2 Studiens hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med studien er å beskrive og utforske hvordan sykepleiere i postoperative avdelinger erfarer samspillet med pasienter med inoperabel kreft, i tiden før kirurgen har informert pasienten om resultatet av operasjonen. Ved å få frem vurderingene som ligger til grunn for sykepleiernes handlingsvalg når de må holde avgjørende informasjon tilbake, kan ny kunnskap utvikles, som kan bidra til å gi sykepleiere økt handlingskompetanse ved ivaretagelse av uhelbredelig syke pasienter i en kritisk fase av livet.

Følgende forskningsspørsmål er valgt:

- Hvilke erfaringer har sykepleiere i postoperative avdelinger i samspill med pasienter med inoperabel kreft - i tiden før pasienten er informert av kirurgen om resultatet av operasjonen?
- Hvilke vurderinger ligger til grunn for sykepleiernes handlingsvalg, når de må holde viktig informasjon tilbake for pasienten?

## 1.3 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av fem hovedkapitler. Første kapittel er en innledning som inneholder studiens bakgrunn og hensikt, og i kapittel to gjøres det rede for studiens teoretiske og empiriske grunnlag. I det tredje kapitlet presenteres studiens design og metode, og i kapittel fire legges resultatene etter datainnsamlingen frem. I det femte kapitlet blir resultatene diskutert i lys av den teoretiske forankringen og den utvalgte empiri, med fokus på studiens problemstilling. I det siste kapitlet blir studien oppsummert og konkludert.

## **2. TEORI OG EMPIRISK GRUNNLAG FOR STUDIEN**

I dette kapitlet blir studiens teori og empiriske grunnlag gjort rede for. Kims klient-sykepleier domene er valgt som teoretisk forankring, og blir presentert og relatert til problemstillingen. Litteratursøkene som gir en oversikt over forskning og litteratur på området blir presentert, og utvalgte artikler og utdrag fra bøker blir gjennomgått og drøftet opp mot studiens problemstilling og forskningsspørsmål.

### **2.1 Teoretisk forankring**

Kim (2010) deler sykepleie i fire teoretiske domener: Klient, klient - sykepleier, praksis og omgivelse. Inndelingen gir en systematisk oversikt som både gjør at ulike essensielle fenomen innenfor sykepleie kan studeres, og til innholdet av kunnskapen som utvikles. Denne studien er plassert innenfor Kims klient-sykepleier domene, jeg velger å benevne det pasient -sykepleier domene. Domenet fokuserer på fenomen som oppstår i møtet mellom sykepleier og pasient, hvor sykepleieren kommer i direkte kontakt med pasienten i den hensikt å utøve sykepleie. Gjennom kontakten vil informasjon, energi og følelser overføres og/eller utveksles i en interaksjon mellom sykepleier og pasient. Sykepleieren og pasienten innehar ulike roller, sykepleieren gir hjelp og omsorg og pasienten får oppmerksomhet og omsorg. I møtet mellom sykepleier og pasient opptrer ulike aspekter ved fenomen som kontakt, kommunikasjon og interaksjon. Eksempler på aspekter ved kontakt kan være berøring og distanse, kommunikasjon kan ha aspekter som utveksling eller tilpasning av informasjon, og ved interaksjon kan aspekter være empati og gjensidighet. Dette er aspekter som ikke eksisterer hver for seg, men de er vevd sammen i en større helhet som påvirker relasjonen mellom sykepleier og klient. Fenomen som

oppstår i pasient - sykepleier domenet eksisterer ikke for den enkelte, men tilhører dem begge, i den gitte relasjon og kontekst.

Videre hevder Kim at betydningen av fenomen som oppstår i møtet mellom sykepleier og pasient har tre ulike fasetter: Terapi, middel og omsorg. Det terapeutiske omfatter et ønsket resultat, som for eksempel å lindre smerte. Middelet står for den direkte sykepleien, som kan være å vurdere smerteintensitet og administrere smertestillende medikamenter.

Omsorgen er det som skjer i møtet mellom sykepleier og pasient, og er en følge av handlingen og det bakenforliggende behovet for sykepleie, selve omsorgens filosofi.

Fenomen som oppstår i møtet mellom pasient og sykepleier inneholder alle de tre fasettene, men én spesifikk kan få større betydning underveis. Fasettene har ulike konsekvenser for utfallet for pasienten, den terapeutiske har direkte konsekvens, middelet kan være avhengig av kontekst og bare indirekte være relatert til utfallet for pasienten, og omsorg har bare konsekvens for utfallet for pasienten relatert til den generelle omsorgsprosessen. Ved å betrakte og differensiere fenomen i pasient - sykepleier domenet gjennom disse tre fasetter, kan teori og begrep dannes som gjør fenomenet forskerbart. Det viktigste i denne prosessen er å se på relasjonen mellom pasient og sykepleier, det mellom - menneskelige engasjementet, og funksjonen de som deltakere innehar i en spesifikk sykepleiekontekst. Dette vil gjøre kunnskapsutvikling fra et sykepleieperspektiv unik og essensiell for domenet (ibid).

I den situasjonen studien omhandler er møtet mellom sykepleier og pasient uforberedt og tiden de er sammen er kort. Pasienten vet ennå ikke hvordan operasjonen har gått, og sykepleieren har informasjon som hun antar kommer til å få stor betydning for pasienten. Det vil kreve stor grad av personlig mot av sykepleieren å være nær og tilstede i tiden før pasienten er blitt informert om utfallet av operasjonen, fordi pasienten på et hvilket som helst tidspunkt vil spørre henne om hvordan operasjonen har gått. Sykepleieren kan tenke at mye står på spill for pasienten, livssituasjonen kan snart bli forvandlet fra å være kreftsyk med en forventning om å bli frisk, til å være døende uten håp om helbredelse. Sykepleieren kan bare forestille seg hvordan pasienten kommer til å oppleve denne situasjonen, for mens hun er frisk og befinner seg i et kjent og trygt arbeidsmiljø, vil

pasienten våkne opp omgitt av fremmede mennesker og få en beskjed som kan få store følger. Det er sannsynlig at sykepleieren vil la seg berøre av den dårlige nyheten pasienten kommer til å få, og hun kan også komme i kontakt med sin egen sårbarhet.

## 2.2 Litteratursøk

Det er gjort systematiske litteratursøk i flere omganger, før studien startet og etter datainnsamlingen ble gjennomført. Disse databasene er benyttet: CINAHL, MEDLINE/ PubMed, EMBASE og Google scholar. I tillegg er det søkt i elektroniske tidsskrifter som *Intensive and Critical Care Nursing* og *Sykepleien Forskning*. Engelske søkord som har gitt nyttige treff, brukt enkeltvis og i ulike kombinasjoner, er:

*Nurse, nursing, nurse`s role, postoperative, postoperative care, postoperative period, neoplasms, cancer, medical futility, inoperable, incurable, health communication, communication, information* (Eksempel på søkestrategi i PubMed, vedlegg 1).

Litteratursøkene har resultert i funn av flere artikler som beskriver studier som grenser til problemstillingen, men ingen studier omhandler den direkte. De fleste artiklene ble funnet i PubMed, i tillegg fant jeg relevante artikler fra enkelte referanselister. Studiene som er valgt ut i litteraturgjennomgangen, omhandler pasientens generelle behov for informasjon etter en operasjon, og betydningen av at den kreftsyke pasienten får innsikt i prognose og behandling. Dette synes å være viktig for sykepleiere å ha kjennskap til ved ivaretagelse av kreftpasienter i tiden før de er informert. Noen studier tar for seg andre viktige aspekter, som å bevare håp, gi støtte, være tilstede og gi trøst. Ved søk i *Intensive and Critical Care Nursing*, har jeg funnet studier som beskriver balansen mellom teknologi og omsorg i intensivavdelinger, og sykepleierens rolle ved formidling av informasjon ved avsluttende behandling i intensivavdelinger. Dette er også tema som grenser til og kan utdype problemstillingen. Fagpersoner innen etikk er kontaktet for å få tips om relevant litteratur, eksempler på dette er bøker om etikk og moral.

## 2.3 Litteraturgjennomgang

Jeg har ikke funnet teori og empiri som beskriver sykepleieres erfaringer med å ivareta pasienter med inoperabel kreft, i tiden før de er informert av kirurgen om resultatet av operasjonen. Men med fokus på tidsaspektet, det som er sentralt i tidsvinduet hvor handlingen skjer, er gjennomgangen av den utvalgte litteraturen delt i tre punkter:

- Pasientens behov for informasjon etter en operasjon.
- Det postoperative miljøet som setting.
- Tilstedeværelse og håndtering av situasjonen.

### 2.3.1 Pasientens behov for informasjon etter en operasjon

I en systematisk oversiktsartikkel om kirurgiske pasienters behov for informasjon, ble 58 artikler gransket (Suhonen og Leino-Kilpi, 2006). Materialet besto av ca. to tredjedeler kvantitative studier (hovedsakelig spørreskjema), ca. en tredjedel kvalitative (mest intervjuer), og tre oversiktsartikler. I to av studiene var det kombinert kvalitativ og kvantitativ metode. Oversiktsartikkelen viste at formidling av informasjon bidrar til å redusere angst og frykt, og fører til at pasienten takler sykdom og behandling bedre. Men behovet for informasjon kan variere i forhold til alder, kjønn og grad av utdanning. I tillegg må informasjonen være tilpasset pasientens mestringsevne og bli gitt på riktig tidspunkt. I en studie gjennomført på et sentralsykehus i Norge, ble åtte pasienter i alderen 29-80 år intervjuet nær opptil tidspunktet for hjemreisen, om sine erfaringer med å få informasjon etter elektive operasjoner i mage/tarm, med og uten kreftdiagnose (Grønnestad og Blystad, 2004). Studien viste at informasjon som blir formidlet etter en operasjon gir pasientene økt kunnskap, fører til større kontroll over situasjonen, og skaper trygghet og håp. Uteblitt eller fordrøyd informasjon resulterer i uvisshet og mistanke om at noe kan være galt, og det oppleves verre enn et dårlig resultat. I en kvalitativ utforskende studie fra England, ble 20 pasienter i alderen 50-82 år intervjuet noen uker etter utskrivelse fra sykehus. Pasientene fikk spørsmål om sine postoperative erfaringer etter gjennomgått elektiv operasjon av kolorektal cancer (Worster og Holmes, 2009). Resultatene viste at pasientene er svært lettet over at operasjonen er over når de våkner etter narkosen, men selv om de er medtatte og



påvirket av medikamenter, ønsker de fleste informasjon om utfallet av operasjonen så tidlig som mulig. Artikkene understreker betydningen av at pasienter får tilpasset informasjon om hvordan operasjonen har gått, når behovet melder seg.

I en systematisk oversiktsartikkel ble det sett på hvilket behov pasienter som led av kreft med dårlig prognose hadde for informasjon, og i hvilken grad de ønsket å delta i avgjørelser om behandling (Gaston og Mitchell, 2005). Det ble gjort systematiske litteratursøk etter primært randomiserte kontrollerte studier (RCT) og 47 artikler ble gransket. Resultatet viste at nesten alle pasienter som lider av kreft med dårlig prognose ønsker realistisk informasjon. Bare det å få informasjon kan bidra til at pasienten beholder kontroll og det skaper tillit. Ved å involvere pasienten blir han i bedre stand til å delta i avgjørelser om videre behandling. Pasientens ønske om å medvirke kan variere i forhold til type kreft, alder, kjønn og utdanning. I en studie fra Finland om etiske dilemma ved ivaretagelse av pasienter med inoperabel kreft, ble pasienter, sykepleiere og leger intervjuet (Kuuppelomäki og Lauri, 1998). I studien deltok 32 pasienter, og i intervjuene ga alle pasientene uttrykk for at de vil høre sannheten. Men selv om de er informert om dårlig prognose før operasjonen, har ikke alle forstått betydningen av dette. Noen er i sjokk og klarer ikke å forholde seg til sin diagnose. Dette kan være fordi pasientene ofte har fått for lite informasjon, fordi de oppfatter at de selv har ansvar for å stille spørsmål til legen om sykdom og behandling. Studiene viser at kreftpasienter har behov for ærlig informasjon når prognosen er dårlig, men de kan ha begrensede muligheter til å ta inn over seg betydningen av den.

I Nederland deltok 128 pasienter med uhelbredelig kreft i en studie to måneder etter at de hadde fått sin prognose (Voogt, van Leeuwen, Visser, van der Heide og van der Maas, 2005). Pasientene fylte først ut et spørreskjema og ble deretter intervjuet i sitt hjem. Resultatene viste at pasientene er tilfredse med den medisinske informasjonen, men de har også mange ubesvarte spørsmål om videre behandling og hvordan livet kommer til å bli fremover. Studien konkluderte med at det er behov for individuell og tilpasset informasjon. I en spørreundersøkelse om etiske aspekter i den tiden pasienten får vite at han er uhelbredelig syk, deltok 106 sykepleiere fra ulike hospits i Norge og Danmark (Lorensen,

Davis, Konishi og Bunch, 2003). Sykepleierne i denne studien mente at uhelbredelig syke pasienter behøver tydelig og detaljert informasjon i en kontinuerlig prosess over lengre tid. Det viktige er ikke den konkrete informasjonen pasienten får, men om han faktisk forstår betydningen av den. Konklusjonen på disse to studiene er at informasjonen til kreftpasienter må være tilpasset slik at pasienten forstår betydningen av den.

Forskningen viser at det er viktig for pasienter som opereres for kreft å få tilpasset informasjon om utfallet av operasjonen så fort de våkner etter narkosen, uansett om prognosen er dårlig og de ikke har forutsetninger for å forstå konsekvensen av dette ennå. Hvilken form for narkose pasientene har fått og lengden på operasjonen, kan være avgjørende for når de er mottakelige eller ønsker informasjon. Det er også grunn til å anta at pasientene vil glemme mye av det som blir sagt når de nettopp har våknet, fordi de fortsatt er påvirket av narkosen. Det blir derfor en utfordring for sykepleiere å finne det ideelle tidspunktet for når den første informasjonen kan gis.

### **2.3.2 Det postoperative miljøet som setting**

I møte med pasienter som kommer til postoperativ avdeling og er uvitende om at kreftsvulsten ikke kunne fjernes, vil sykepleierens fokus først og fremst være rettet mot å stabilisere og forebygge akutte tilstander og komplikasjoner etter kirurgi. En studie gjennomført på en middels stor intensivavdeling i Vest- Sverige hadde fokus på ulike profesjoners perspektiv ved teknologi (Wikström, Cederborg og Johanson, 2007). Studien var del av et større prosjekt hvor åtte sykepleiere og fire leger ble intervjuet. Studien viste at personalets erfaringer, kunnskap og gjeldende rutiner på avdelingen avgjør i hvilken grad teknologi er integrert i omsorg og medisinsk behandling. Teknologi er dominerende i intensivmiljøet, det styrer og gir kontroll i behandlingen, pasienten blir mindre forstyrret og får mer ro og hvile. Det gir bedre kvalitet på pleien, støtter sykepleiernes observasjoner og letter arbeidsmengden. Men teknologi kan også gjøre sykepleierne usikre, de kan ikke alltid stole 100% på teknologien, derfor er de alltid i nærheten av pasienten, og må i tillegg ha øyne og ører med seg. En lignende studie ble gjennomført ved en middels stor intensivavdeling i Sør-Sverige, hvor åtte sykepleiere og to leger ble intervjuet (Almerud, Alapack, Fridlund og Ekebergh, 2009). Resultatene fra denne studien viste at teknologi kan

gi helsepersonell en falsk form for trygghet. Ved å basere pasientens tilstand på objektive data uten å spørre hvordan vedkommende faktisk hadde det, er det en risiko for å glemme pasienten som et menneske og stole for mye på teknologien. Følgen av dette blir at sykepleiere blir usikre og dårlig trent i å håndtere emosjonelle møter hvor pasienten stiller spørsmål som er vanskelige å besvare. Studien konkluderte med at det kreves en balanse mellom avansert teknologi og integrert helhetlig omsorg, og at det å våge og være tilstede for pasienten, lytte, gi trøst og lindring, kan ha en betydelig livsbevarende effekt. I en postoperativ avdeling er kunnskap og erfaring om overvåkning og teknologi en forutsetning for å kunne ivareta pasienter på en sikker måte etter ulike operasjoner. Disse studiene viser at det er utfordrende for sykepleiere å ha kontroll på overvåkningen og samtidig håndtere direkte spørsmål fra pasienten, spesielt hvis prognosen er dårlig. Det antydes at med erfaring kan sykepleiere takle slike situasjoner på en bedre måte.

### **2.3.3 Tilstedeværelse og håndtering av situasjonen**

Det er grunn til å anta at det er av stor betydning at sykepleieren er tilstede for den uhelbredelig syke pasienten. I en studie hvor ti uhelbredelige kreftpasienter i alderen 30-90 år ble intervjuet, var hensikten å undersøke hva som hadde gitt dem trøst gjennom sykdommens gang (Langegard og Ahlberg, 2009). Resultatet viste hvor viktig tilknytning, selvkontroll, bekreftelse og aksept er for pasientene. Ved å lytte, være tilstede, vise forståelse og forpliktelse, kan tillit bygges selv om pasienten og sykepleieren er fremmede for hverandre. I en oversiktsartikkel ble det sett på hvilken rolle sykepleiere har ved formidling av informasjon til kreftpasienter generelt (Koutsopoulou, Papathanassoglou, Katapodi og Patiraki, 2010). I denne oversikten ble 46 artikler gransket, hvorav 28 var kvantitative studier, 17 kvalitative, og en studie hadde kombinert kvantitativ og kvalitativ metode. Resultatet viste at sykepleiere kan bidra til at informasjon til kreftpasienter blir nøyaktig, relevant og inneholder det som er viktig for pasienten. Sykepleieren kan også hjelpe pasienten til å forstå informasjonen fra legen bedre med et mer tydelig og hverdagslig språk. Studiene understreker betydningen av at sykepleieren ved å være tilstede, kan fange opp pasientens behov for informasjon og legge forholdene til rette, slik at pasientens forståelse av situasjonen blir best mulig.

En studie utført på fire norske universitetssykehus utforsket pårørendes erfaringer med sykepleiernes rolle og relasjonen til dem, i forbindelse med diskusjoner rundt den avsluttende behandlingen av intensivpasienten (Lind, Lorem, Nortvedt og Hevrøy, 2012). I studien ble 27 pårørende til 21 intensivpasienter intervjuet. Resultatene viste at de pårørende opplever å bli påført sykepleiernes instrumentelle fokus, og de undrer seg over sykepleiernes begrensede evner til å kommunisere direkte og tydelig om usikkerheten i pasientens situasjon. De pårørende mener sykepleierne er selektive og vage i hva de informerer om, og at de holder tilbake informasjon. Sykepleierne skåner dem ved å gi håp og trøst uten å fortelle, men dette blir oppfattet som mangel på åpenhet og ærlighet, og fører til redusert tillit. De pårørende i denne studien søker informasjon på vegne av seg selv og for pasienten, som må regnes og være for syk og ute av stand til å stille spørsmål om prognose og videre behandling. Den postoperative pasienten som er inoperabel for kreft, vil på et tidspunkt være våken nok til å søke informasjon selv, og det må antas at pasienten kan oppfatte sykepleiernes rolle ved formidling av informasjon om dårlig prognose på samme måte som de pårørende i studien.

I en amerikansk delstudie deltok 137 onkologiske sykepleiere ved å fylle ut et tilsendt spørreskjema (McLennon, Uhrich, Lasiter, Chamness og Helft, 2012). Hensikten med delstudien var å beskrive sykepleiernes erfaringer med omsorg for pasienter med alvorlig prognose og kommunikasjon relatert til prognose. Resultatet viste at et dilemma sykepleierne beskriver er å ikke kunne fortelle sannheten. De opplever det ubehagelig å få direkte spørsmål om prognose, det blir vanskelig å våge og være ærlig og gi enkle og direkte svar. Det blir uttrykt som pinlig når de skal late som de ikke vet svaret på det pasienten spør om. Legen kan ha gitt vag informasjonen som fører til at pasienten har misforstått og fått falske forhåpninger. Sykepleierne ønsker å bevare håp, og pasienten kan av ulike årsaker håpe på et mirakel tross dårlig prognose. Uerfarne sykepleiere kan føle seg ukomfortable når kreftpasienter stiller direkte spørsmål om prognose, og velger å holde informasjon tilbake for ikke å ta håpet fra pasienten. I en annen studie ble 22 sykepleiere intervjuet om sine erfaringer med pasienter med alvorlig kroniske lungesykdommer og -kreft, og hvordan de møter pasientens behov for håp og ønske om informasjon om sin sykdom (Reinke, Shannon, Engelberg, Young og Curtis, 2010). Sykepleierne som deltok i

denne studien fremhevet at de må forstå betydningen av hva håpet betyr for den syke, de må vite hva pasienten håper på, for å kunne gi støtte og unngå falske forhåpninger. De ønsker ikke å ta ansvar for å informere om prognose fordi de manglet ekspertise, men mener de kan inngi tillit og opprettholde håp bare ved å være tilgjengelig og tilstede. I sin artikkel gjorde Olver (2012) en oppdatering av en tidligere oversiktsartikkel (Butt, 2011) om håp blant voksne kreftpasienter. Oppdateringen inneholdt 19 nye studier, hvor fem hadde kvalitativ og ti kvantitativ metode, i tillegg til to oversiktsartikler, en pilotstudie og en kommentar. Artikkelen konkluderte med at håp skaper mening for kreftpasienter, og kan bidra til at de mestrer sykdommen bedre. Det kan være håp om å finne mening i tilværelsen tross en uhelbredelig sykdom. Disse studiene viser betydningen av at sykepleierne makter å stå i situasjonen når ordene ikke strekker til, og at de kan bidra til at pasienten bevarer håpet.

Den følgende litteraturen beskriver hvordan sykepleiere utfordres i relasjon til pasienten det ikke kan gjøres noe for. Sandvik (2011) skriver i sin artikkel om sykepleieres opplevelse av fenomenet nærvær. Artikkelen omhandler en studie hvor seks sykepleiere ble intervjuet etter trening på oppmerksomt nærvær - mindfulness. Resultatet viste at nærvær krever en balanse mellom nærhet til pasienten og andre oppgaver, og mellom nærhet og profesjonell distanse. Å være nærværende og tilstede gir større åpenhet som bedrer relasjonen mellom sykepleier og pasient, øker sykepleierens evne til å kunne se med et mer våkent blikk, og å ha ro til å bare være når ikke noe kan gjøres for pasienten. Sykepleierens utfordringer i relasjon til den uhelbredelig syke pasienten belyses ytterligere av Christoffersen (2005), som hevder at sykepleiere i samspill med pasienten må ta valg som krever refleksjon og handling, og noen ganger må det handles raskt uten at de får tid til å tenke seg om. Sykepleierne er i en profesjonell rolle, det medfører bruk av skjønn og ha evne til å la seg engasjere og berøre. Å stå i vanskelige situasjoner hvor det ikke kan gjøres mer for pasienten, krever mye av sykepleierne både faglig og personlig. Situasjonen kan bli for ubehagelig når sykepleieren kommer i kontakt med sine egne følelser og sårbarhet. Nortvedt (2012) skriver om hvordan sykepleiere må reflektere over ulike handlingsalternativ og ta inn over seg pasientens subjektive opplevelse, selv om det bare vil bli tilnærmet og omtrentlig, aldri helt fullstendig. Videre mener han at profesjonell omsorg

krever både nærhet og personlig distanse, hvor sykepleieren ikke blir for følelsesmessig overveldet. Nortvedt og Grimen (2006) utdyper i sin bok at relasjonen mellom sykepleier og pasient bygger på tillit, og at tillit er nær knyttet til sårbarhet og makt. Sykepleiere er avhengig av pasientens tillit for å kunne utøve sitt yrke, fordi de innehar en kompetanse pasienten ikke har. Dette innebærer at pasienten må gi fra seg makten og kontrollen, og stole på at sykepleierne tar de rette avgjørelsene. Denne litteraturen belyser relasjonen mellom sykepleier og pasient, en relasjon som innebærer forventninger og forpliktelser, hvor sykepleieren kan risikere å bli følelsesmessig berørt og står i fare for å miste grepet om sin profesjonelle rolle.

## 2.4 Oppsummering

Med bakgrunn i litteraturgjennomgangen kan det synes å ha stor betydning for kreftpasienter å få tilpasset informasjon etter en operasjon, for å sikre en optimal forståelse av situasjonen. Dette blir spesielt viktig når prognosen er dårlig. I en postoperativ avdeling må sykepleieren mestre teknologi og overvåkning samtidig som pasientens emosjonelle behov skal ivaretas. Dette innebærer store utfordringer, og det kan synes som sykepleiere kan mestre dette bedre med erfaring. I relasjon med den uhelbredelig syke pasienten må sykepleiere våge å være nær og tilstede, og bidra til at pasienten bevarer håp, selv om de ikke kan svare på spørsmål om prognose og behandling. Dette krever innlevelse og personlig mot, hvor sykepleieren samtidig har kontroll på egne følelser. På den måten kan pasienten føle seg trygg og ivaretatt. Problemstillingen sykepleiere i postoperative avdelinger står ovenfor når pasienten ennå ikke er informert av kirurgen om et utfall som ikke ble som forventet, er ikke direkte utforsket. Det er derfor behov for kunnskap om hvordan utfordringene rundt denne problemstillingen kan løses på en bedre måte. Ny kunnskap vil gi sykepleiere et større handlingsrepertoire, og sikre pasienten en best mulig ivaretagelse i denne fasen av sykdomsforløpet.

### 3. DESIGN OG METODE

Studien har et kvalitativt utforskende og beskrivende design, og fokusgrupper er valgt som metode for datainnsamling. Dette kapitlet gjør rede for valg av design og metode, og gjennomføring av intervjuene. Videre blir analysen av datamaterialet, forskningsetiske betraktninger og metodiske overveielser beskrevet.

#### 3.1 Utforskende og beskrivende design

Målet med kvalitativ forskning er å utforske sosiale fenomen. Opplevelsen og meningen det valgte fenomen gir den enkelte som deltar i en studie kan utvikle ny kunnskap. Forskeren har en fysisk og psykisk nærhet til deltakerne under hele datainnsamlingen, som ved et intervju med en eller flere personer. Det krever refleksivitet, hvor forskeren må se betydningen av sin rolle i studien, og hvilke ulemper og fordeler egen bakgrunn og forforståelse kan gi (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2009). Refleksivitet krever også en bevissthet hos forskeren om at selvet er sammensatt og vil påvirkes og endres i møtet med den andre (Guba og Lincoln, 2005). Kvalitative studier kjennetegnes ved å ha et design som utvikles underveis i prosessen. Designet er fleksibelt, innsamlingen av data behøver i utgangspunktet ingen fast form, men kan utvikles underveis mens studien skrider frem. Det må likevel beregnes tid og muligheter til endringer ved eventuelle hendelser. Eksempler på dette kan være at spørsmålene forskeren på forhånd hadde tenkt å forfølge må endres, eller det kan oppstå problematiske situasjoner som må håndteres (Polit og Beck, 2008). Et utforskende og beskrivende design benyttes ved forskning på fenomen hvor det er gjort lite eller ingen forskning (Brink og Wood, 1998). Det ble derfor ansett som et velegnet design for denne studien, hvor hensikten var å få frem ulike erfaringer og vurderinger hos sykepleiere i møte med uhelbredelig syke kreftpasienter, i en fase hvor sykepleiere har lite kunnskap om hvordan pasienten kan ivaretas på en god måte.

## 3.2 Metode

Metoden som er valgt er fokusgruppeintervju, en godt egnet metode til å utforske problemstillinger det er lite kunnskap om (Malterud, 2012), og når vanskelige eller sensitive tema skal belyses (Polit og Beck, 2008). Fokusgruppeintervju er en form for gruppeintervju hvor data samles inn via interaksjon, og det foregår mer gruppedynamikk som vil påvirke deltakernes oppførsel. Deltakerne skal i størst mulig grad diskutere fritt med hverandre med fokus på et forhåndsbestemt tema (Halkier, 2003; Wibeck, 2000). Målet er ikke å oppnå konsensus (Kvale og Brinkmann, 2009), men interaksjonen i gruppen kan bidra til å få frem ulike perspektiv, fange rikere og mer sensitive data som gir mangfold og bredde, og som besvarer forskningsspørsmålene (Malterud, 2012; Morrison-Beedy, Côte-Arsenault og Feinstein, 2001).

Ved en kvalitativ metode er utvalget relativt lite og målrettet for å få deltakere som er informasjonssterke og kan bidra med dypere forståelse og innsikt, og sørge for at problemstillingen blir tilstrekkelig belyst. I fokusgruppeintervjuer baseres utvalget ofte på homogene grupper, hvor deltakerne har felles bakgrunn og erfaringer om et fenomen. Heterogene utvalg, eller utvalg med maksimal variasjon, har som mål å fange det unike hos hver enkelt deltaker, men forskeren ønsker også her å finne mønstre som er felles, fange kjernen av hvordan et fenomen oppleves, gjennom stor variasjon (Patton, 2002). Homogenitet innad i gruppen må gi stort nok mangfold til å stimulere til diskusjon, og homogeniteten på tvers av gruppene må være tilstrekkelig til å kunne gjøre sammenligninger (Barbour, 2005).

Antall deltakere i en fokusgruppe kan variere, Polit og Beck (2008) refererer til flere forskere som mener det optimale er fra 6 til 12. Mindre grupper kan gi bedre dynamikk, da hver enkelt deltaker gjøres mer ansvarlig for å bidra, men færre enn fem informanter vil kunne resultere i for liten interaksjon. Antall grupper kan ikke bestemmes på forhånd, men må vurderes underveis i datainnsamlingen. Målet skal være å oppnå metning, saturering, som innebærer at det er sannsynlig at flere intervjuer ikke vil bidra med ny kunnskap (Malterud, 2012).



### **3.2.1 Tilgang til forskningsfeltet**

Første steg i rekrutteringen besto i å velge ut sykehus med postoperative seksjoner hvor sykepleierne hadde erfaring med problemstillingen hvor pasienter ble funnet inoperabel for kreft under operasjonen. Etter at nødvendige godkjenninger var innhentet (vedlegg 2 og 3), ble seksjonslederne kontaktet, først med en skriftlig søknad per mail, deretter en telefonsamtale hvor et personlig møte ble avtalt. Hensikten med dette møtet var å informere om studien og diskutere den praktiske gjennomføringen av intervjuene. For å få mest kunnskap og dybde i intervjuene var det ønskelig å ha med sykepleiere med variasjon i lengde erfaring. I denne studien ble det i informasjonsskrivet (vedlegg 4) antydning et ønske om grupper på fire deltakere, da dette ble ansett som mest fordelaktig for en god utveksling av erfaringer. Sykepleierne skulle ha henholdsvis kort (inntil to år) eller lang erfaring (mer enn fem år) med kreftpasienter i postoperativ avdeling. I møtet med seksjonslederne ble det klart at begge sykehusene hadde svært få sykepleiere med kort erfaring (inntil to år), derfor ble kort erfaring fastsatt til inntil fem år og lang erfaring fra ca. ti år og mer. Tilsammen ble ca. 70 sykepleiere ansett av seksjonslederne å oppfylle kriteriene til å delta i studien. Seksjonslederne la to eksemplarer av informasjonsskrivet i sykepleiernes posthylle, og sendte dem en mail som kort redegjorde for studien, svarfristen var to uker. Deltakerne signerte det ene samtykket og returnerte det til meg i en frankert konvolutt før intervjuet fant sted. De ble oppfordret til å forberede seg til intervjuet med en konkret situasjon fra praksis som omhandlet problemstillingen.

### **3.2.2 Utvalg**

I alt 13 sykepleiere meldte sin interesse for å delta i studien. På grunn av få sykepleiere med kort erfaring, ble disse samlet i en gruppe på tvers av sykehusene. De to andre gruppene besto hovedsakelig av erfarne sykepleiere, men i en av disse gruppene var det sykepleiere fra begge sykehusene. Sammensetningen i gruppene er satt opp i tabell 1:

*Tabell 1***Sammensetning i gruppene**


---

	<u>Gruppe 1</u>	<u>Gruppe 2</u>	<u>Gruppe 3</u>
Antall deltakere	4 sykepleiere	3 sykepleiere	6 sykepleiere
Erfaring fra seksjonen	4 - 34 år	1.5 - 4 år	9 - 27 år

---

Hvert enkelt intervju besto av homogene grupper, hvor sykepleierne hadde henholdsvis kort eller lang erfaring, men med stor variasjon i lengde erfaring ble det totale utvalget en heterogen gruppe, noe som kan regnes som en styrke og ha betydning for studien. Etter intervjuene ble det samlet inn bakgrunnsopplysninger, tanken med dette var å få frem bredden i erfaring blant deltakerne. Disse opplysningene er satt opp i tabell 2:

*Tabell 2***Bakgrunnsopplysninger om deltakerne**


---

Antall	13 sykepleiere
Alder	31 - 59 år
Kjønn	13 kvinner / 0 menn
Erfaring som sykepleier	6 - 38 år
Videreutdanning (intensiv-, anestesi-, lunge-, kreft-)	11 sykepleiere
Erfaring som spesialsykepleier	2 - 35 år
Erfaring fra denne postoperative seksjon	1.5 - 34 år
Erfaring fra annen postoperativ seksjon	4 sykepleiere
Annen erfaring med kreftpasienter (sengepost/hjemmesykepleie)	11 sykepleiere

---

Det var stor spredning i både alder og antall år erfaring som sykepleier blant deltakerne. Det er også grunn til å legge merke til at det bare var kvinner som deltok. De fleste sykepleierne hadde en videreutdanning, og det var også spredning i antall år de hadde jobbet som spesialsykepleiere. Det var et spenn i lengde erfaring fra den seksjonen sykepleierne nå jobbet ved, og få hadde erfaring fra andre postoperative seksjoner. Flere hadde annen erfaring med kreftpasienter før de begynte ved postoperativ avdeling, som for eksempel palliativ behandling fra sykehus eller hjemmesykepleie.

### 3.2.3 Prøveintervju

På grunn av manglende erfaring med å utføre fokusgruppeintervju, ble to kollegaer valgt ut til å delta i et prøveintervju slik at jeg kunne trene på forhånd. Hensikten med dette intervjuet var også å teste om forskningsspørsmålene var diskuterbare. Prøveintervjuet ble transkribert og diskutert med assistentene som skulle være med under intervjuene. Resultatet ble en mer fokusert hensikt og forskningsspørsmål, og var til hjelp under utarbeiding av intervjuguiden.

### 3.2.4 Intervjuguide

For uerfarne forskere kan det være en fordel å la intervjuene ha en viss føring, men for utforskende studier er det ikke hensiktsmessig med en for strukturert intervjuguide. Ved å bruke åpne spørsmål vil forskerens for forståelse bli utfordret i møte med andre menneskers erfaringer (Malterud, 2012). Intervjuguiden bør inneholde en liste spørsmål som dekker temaet og som utdypes i en logisk rekkefølge, men forskeren må være forberedt på at rekkefølgen kan bli endret. Intervjuguiden kan bestå av åpningsspørsmål og punkter til oppfølging og oppklaring. En noe løs struktur hvor fokuset er på den enkeltes egne ord, vil gi mange detaljer som illustrerer og forklarer deltakernes historier, og sikre et så rikt datamaterialet som mulig. Til slutt kan intervjuguiden ha avsluttende spørsmål, for å fange opp mer av det som ikke har kommet frem under intervjuet (Halkier, 2003; Wibeck, 2000). Under utarbeiding av intervjuguiden ble disse rådene fulgt. Intervjuguiden startet med en introduksjon hvor deltakerne ble bedt om å dele en situasjon fra praksis som omhandlet problemstillingen. Deretter kom et åpningsspørsmål som skulle fokusere mer: *«Hvis pasienten spør deg om hvordan operasjonene har gått før kirurgen kommer, hvordan takler*

*du denne situasjonen?» Oppfølgingspunkter på dette spørsmålet var: «Hvilke tanker.. Hvilke vurderinger.. Ikke vite hva du skal si.. Pasientenes reaksjoner på å ikke få svar..» (vedlegg 5).*

### **3.2.5 Gjennomføring av intervjuene**

Et fokusgruppeintervju ledes av en moderator som styrer intervjuet, men skal ellers ha en tilbaketrukket rolle. Moderator bidrar til at deltakerne kjenner seg trygge og komfortable ved å se den enkelte og gi nøytral feedback (Krueger og Casey, 2009; Lerdal og Karlsson, 2008; Wibeck, 2000). Som moderator forsøkte jeg å innta en slik rolle. Jeg tror jeg hadde nytte av flere år som veileder. I gruppeveiledning er det viktig å holde tråden, både se den enkelte og gruppen som helhet, stille seg undrende og gi deltakerne tid til å reflektere (Bang og Heap, 2011).

For forskeren kan det være hensiktsmessig å velge en assistent til intervjuene som er ulik seg selv, men som må ha interesse for problemstillingen. Assistentens oppgave er å fange opp mer av det usagte under intervjuet, som kroppsspråk, kroppsholdning, ansiktsuttrykk og utveksling av blikk (Wibeck, 2000). Jeg valgte to assistenter, dels fordi de skulle unngå å delta i intervju med egne kollegaer, og dels for å få ulike innspill og perspektiv. Begge assistentene var fagsykepleiere med nylig gjennomført mastergrad med individuelle intervjuer som metode. Den ene hadde tidligere erfaring som assistent under fokusgruppeintervjuer, og hadde også mange års erfaring med problemstillingen. Den andre assistenten hadde hverken erfaring med metoden eller problemstillingen pasienter med inoperabel kreft i postoperativ avdeling. Før intervjuene hadde jeg et møte med assistentene hvor jeg klargjorde hvilke oppgavene de skulle ha under intervjuene. Jeg la vekt på at jeg ønsket at de skulle stille oppklarende spørsmål underveis i intervjuene, og gi et sammendrag av intervjuet til slutt. De hadde før møtet fått tilsendt problemstillingen, intervjuguiden og en plan for gjennomføringen av intervjuene. På dette møtet ble også forskningsspørsmålene diskutert, for å gi assistentene en bedre forståelse av studiens problemstilling.

Jeg ringte hver enkelt deltaker og gjorde avtale om tidspunkt for hvert intervju, og dagen før ble det sendt sms med en påminnelse. Intervjuene ble gjennomført på møterom i nærheten av seksjonen, slik at det var lett tilgjengelig for deltakerne og mindre risiko for avbrytelser. Jeg ankom i god tid før intervjuene sammen med assistenten, for å gjøre praktiske ting som å ordne til stoler rundt bordet, sette frem noe lett å spise og drikke, og sjekke lydopptakerne. Deltakerne ble ønsket velkommen når de kom, og tiden før intervjuet startet ble brukt til litt småprat for å skape en avslappet og trygg stemning. Jeg satt ved enden av bordet ved siden av assistenten, for å ha god øyekontakt med alle deltakerne under intervjuet. Deltakerne fikk informasjon om studien, hva som var forventet av dem under intervjuet, og om vår rolle. Det ble gjentatt at intervjuet skulle vare i maks en og en halv time og at det ble gjort lydopptak, som siden skulle skrives ut i tekst. Deltakerne ble gitt mulighet for å ta pauser underveis i intervjuet dersom de hadde behov for det. Jeg holdt meg til intervjuguiden gjennom intervjuet ved å bruke hovedspørsmålene, de oppsatte punktene til utdyping og forklaring ble bare delvis benyttet. Det ble mer naturlig å gjenta det deltakerne hadde sagt for så å be om utdyping av dette. Ved avslutningen av intervjuet var det satt av tid hvor deltakerne ble bedt om å si noe om hvordan de opplevde å delta i intervjuet, og om det var noe de ville tilføye.

Litteraturen anbefaler å gjøre en debriefing umiddelbart etter intervjuet, for å få frem spontane inntrykk fra diskusjonen og hva som virker å være av betydning. Moderator og assistent kan da si noe om sine roller, hva som ble bra og mindre bra. Debriefingen bør også bli tatt opp på lydbånd og det kan utgjøre notater som inkluderes i det transkriberte materialet. Det er essensielt å få frem ulike perspektiv og aspekter ved gruppeprosessen, og hva som må forbedres til neste intervju. Ved å la det være nok tid mellom hvert intervju til gjennomhøring, vil forskeren forsikre seg om at opptaket har fanget opp det som er vesentlig for videre bearbeiding av data (Carey og Smith, 1994; Halkier, 2003; Malterud, 2012; Morrison-Beedy et al, 2001). Jeg hadde laget en liste, inspirert av Krueger og Casey (2009), til bruk under debriefingen. Denne inneholdt hvilke tema som ble berørt under intervjuet, som viktige poeng og sitater, om det oppsto overraskelser, hva som var spesielt med gruppen i forhold til de andre, og hva som kunne endres til neste intervju. I tillegg snakket vi om deltakerne og dynamikken i gruppen, om våre roller og hvordan vi hadde

fungert som moderator og assistent, hvordan spørsmålene fungerte og om de måtte endres til neste gang. Assistentene var ulike som personer, men begge følte seg trygge på å bryte inn under intervjuene når de hadde behov for å stille oppklarende spørsmål til deltakerne. Den ene stilte flere spørsmål under intervjuet, mens den andre valgte å være mer lyttende. Begge ga gode oppsummeringer på slutten av intervjuene, som førte til at det var lett å se hva som var viktige poeng. Etter det første intervjuet var det enighet om at spørsmålene fungerte godt, og det ble derfor ikke ansett nødvendig å gjøre noen endringer i intervjuguiden til de neste intervjuene. Intervjuene ble gjennomført i løpet av en periode på 11 uker, det ble ti uker mellom de to første intervjuene, på grunn av sommer og ferieavvikling, og bare en uke mellom intervju to og tre.

### **3.2.6 Interaksjonen i intervjuene**

Intervjuene ble i stor grad preget av en felles enighet blant sykepleierne om at situasjonene var krevende og komplekse. I gruppene der det var sykepleiere fra begge sykehusene, stilte de spørsmål om hverandres praksis og rutiner rundt håndtering av situasjonene, noe som kanskje bunnet i et ønske om å finne nye og bedre løsninger. Under et av intervjuene der gruppen hadde stor variasjon i erfaring, ble det en mer livlig diskusjon enn i de to andre gruppene. I denne gruppen hadde sykepleierne ulike vurderinger om betydningen av å ikke kjenne pasienten på forhånd. Sykepleieren med minst erfaring fortalte at hun gjerne leste seg opp på pasienten før han kom til postoperativ avdeling, for å finne ut noe om pasientens forberedthet på et dårlig resultat. I motsetning til henne, fortalte sykepleieren med lengst erfaring at det ikke spilte noen rolle for henne at hun ikke kjente pasienten fra før, hun ville heller møte vedkommende der og da. I denne gruppen ble også tidsaspektet diskutert. Sykepleierne var uenige i hvilken betydning den korte tiden med pasienten hadde i å etablere en relasjon, og hvilket ansvar sykepleierne dermed kunne ta for å følge opp pasienten. En sykepleier i den ene gruppen tok ansvar for at diskusjonen ikke sporet av, ved å irettesette en kollega når hun snakket om noe som ikke var relevant for problemstillingen. I alle gruppene oppstod det avbrytelser oftest på grunn av enighet, der de bekreftet, oppmuntret, ga støtte eller roste hverandre. Flere av deltakerne brukte humor når de erkjente at de følte de hadde håndtert situasjonen dårlig. Eksempler på dette var når en sykepleier leende innrømmet at hun hadde «plumpet uti det» og sagt for mye til

pasienten om hvordan operasjonen hadde gått, fordi hun manglet erfaring. En annen erfaren sykepleier fortalte lattermildt om en episode hvor hun hadde tatt i mot råd fra en nyansatt sykepleier, når hun ikke hadde klart å håndtere pårørende på en god måte i tiden før pasienten var informert om utfallet av operasjonen.

### 3.3 Dataanalyse

Arbeidet med analysen av datamaterialet startet med at fokusgruppeintervjuene først ble analysert hver for seg, deretter ble de analysert på tvers for å se på likheter og ulikheter.

#### 3.3.1 Transkribering

Transkribering er i stor grad en fortolkende prosess, og det er risk for at viktige ting går tapt fra det talte til det skrevne materialet (Kvale og Brinkmann, 2009). Data fra fokusgrupper kan ikke løftes ut av sin kontekst og gruppens setting, så transkriptet vil uansett bli abstrakt og delvis dekontekstalisert (Carey og Smith, 1994). Etter intervjuene lyttet jeg umiddelbart gjennom lydfilene nøye to ganger for å få en oppfatning om hva deltakerne hadde snakket om, uten å notere ned noenting. Intervjuene ble transkribert av en sekretær med erfaring med transkribering av fokusgruppeintervjuer. Jeg brukte mye tid etter transkriberingen på å lytte gjennom lydfilene igjen, og sjekke disse opp mot det skrevne materialet, siden transkriberingen var gjort av en som ikke hadde vært tilstede under intervjuene. Ved denne gjennomgangen ble pauser, nøling og avbrytelser markert med (.....) i teksten, og latter ble satt i parentes. Jeg noterte også i parentes når deltakerne bekreftet hverandre hvis ikke dette kom klart frem av teksten, som for eksempel med et nikk eller smil. Ord og uttrykk som deltakerne la vekt på, og som på dette tidspunktet syntes å ha betydning for analysen, fikk uthevet skrift. Teksten fra intervjuene og debriefingen utgjorde til slutt 112 sider tekst.

### 3.3.2. Analyse av datamaterialet

Datamaterialet fra fokusgrupper vil preges av interaksjon og gruppedynamikk (Polit og Beck, 2008). I arbeidet med analysen er det derfor viktig å se på hva som foregår i diskusjonen utover det innholdsmessige. I interaksjonen kan deltakerne forsøke å opprettholde sine selv-fortellinger og i ulik grad klare å fremstille sitt sanne jeg. Hvis deltakerne kjenner hverandre på forhånd, kan de føle seg trygge fordi de vet hva som forventes av dem. Men fokusgruppen er en ny setting som kan føre til at den sosiale relasjonen må gjenopprettes, og deltakerne kan kjenne en usikkerhet på egen rolle på grunn av uklare forventninger og tause antakelser om hva som gjelder (Halkier, 2003; 2010; Malterud, 2012). I to av gruppene deltok sykepleiere som ikke kjente de andre i gruppen på forhånd, og det er usikkert om dette preget interaksjonen og gruppedynamikken. Gruppene var sammensatt av ulike personligheter, fra dominante og pratsomme deltakere til de mer tause og mindre meddelsomme. Det virket likevel som alle fikk frem det de hadde på hjertet, og ikke brant inne med noe som kunne være viktig.

I starten av analysen kan mengden data distrahere og det er lett å henge seg opp i detaljer. For å oppnå dybde må analysen starte med å finne hvilke meninger deltakernes historier inneholder som kan belyse og gi svar på problemstillingen (Krueger og Casey, 2009; Kvale og Brinkmann, 2009). Kondensering er en prosess som forkorter meningen, men kjernen bevares og beskrivelsen er tekstnær. Ved videre å abstrahere meningsenheten vektlegges både det uttrykte (det manifeste/overflaten) og fortolkning (det latente/underliggende). Et tema danner til slutt uttrykk for det latente innholdet i teksten (Graneheim og Lundman, 2004). Med inspirasjon fra Graneheim og Lundman, startet arbeidet med analysen med å grundig lese gjennom det transkriberte materialet i flere omganger, for å få en bedre helhetsforståelse av innholdet. Den umiddelbare oppfatningen etter denne gjennomgangen, var at mye av det deltakerne hadde snakket om var relevant til problemstillingen. Den første fasen besto av å klippe ut tekstnære meningsbærende enheter, og transkriptet ble i stor grad beholdt i sin helhet. Det ble unaturlig og klippe bort for mye av den opprinnelige teksten fordi det var lite utenomstakk. Flere av de meningsbærende enhetene ble derfor i denne omgangen dels lange og uoversiktlige. Neste steg ble å kondensere de meningsbærende enhetene, hvor innholdet ble forkortet uten at noe vesentlig ble mistet.



Etter den første meningskondenseringen ble det gjort et forsøk på å danne foreløpige tema, hvor fokuset var mer på det innholdsmessige, i tabell 3 vises et eksempel på dette:

Tabell 3

## Fra meningsbærende enhet til tema - fase 1

Meningsbærende enhet	Meningskondensering	Tema
Man kan bli litt unnvikende og konsentrere seg om de tekniske tingene og papirarbeidet, og gjøre litt andre ting, trekke seg litt unna. Det blir litt sånn automatisk. Pasienten kan ha vondt, kan være kvalm, og det kan være andre ting som kan skje med pasienten som vi må ta hensyn til. Kanskje vi skal ta blodprøver, det kan jo egentlig ta lang tid før pasienten spør, eller det kan ta ti minutter så... Og da må vi jo takle det på forskjellige måter, det kan jo ta flere timer før pasienten... kanskje pasienten er så groggy og omtåket at de ikke våkner ordentlig før etter fire timer også. Og det da å unngå å gå bort, og da du vet at de puster og har det greit og er vekkbare, men kanskje ikke noe mer enn det, jeg vet ikke...	Sykepleieren kan bli unnvikende og trekke seg unna med praktiske ting og dokumentasjon.  Det kan ta lang tid før pasienten er helt våken og stiller spørsmål, og i den tiden sjekker hun bare bevissthet og respirasjon.	Sykepleierens opplevelse av situasjonen.  Sykepleierens handlinger.

For å få meningene i teksten tydligere frem, ble de meningsbærende enhetene i neste fase forkortet, og småord og uvesentligheter ble forsiktig klippet bort. Meningskondenseringen ble videre bearbeidet i flere omganger, og delt opp med et større fokus på hvert enkelt forskningsspørsmål. Deretter ble den kondenserte meningen abstrahert, med utgangspunkt i tre forhold: Hva sykepleierne tenkte, erfarte og gjorde i situasjonen. Dette hadde til hensikt å få frem mer av det latente i teksten. Denne abstraheringen ble gjort i to omganger og dannet til slutt 123 undertema, som ble satt i en tredje kolonne i en ny tabell. Enkelte av undertemaene kunne sies å favne tilnærmet like meninger, men de viste likevel ulike nyanser. Et eksempel på dette er et undertema som uttrykker at sykepleierne føler seg presset når pasienten stiller spørsmål om hvordan operasjonen har gått. Undertemaet dekker en følelse som oppstår i flere situasjoner, både fordi sykepleierne ikke kan gi svar, de kjenner seg presset fordi de må vente på kirurgen, enten fordi vedkommende ikke vil eller kan komme, eller følelsen er en følge av at sykepleierne antar at pasienten forstår at operasjonen ikke har gått bra. Den samme meningsenheten som i tabell 3, vises etter bearbeidingen i tabell 4:

Tabell 4

## Fra meningsbærende enhet til tema - fase 2

Meningsbærende enhet	Menings-kondensering	Essens/undertema	Tema
Man kan bli litt unnvikende, konsentrere seg om tekniske ting og trekke seg litt unna. Det blir litt sånn automatisk.	Sykepleieren holder seg ubevisst tilbake og prioriterer praktiske ting som hjelper pasienten.	Det er godt å gjøre noe praktisk som kan håndteres.	Være til hjelp
Pasienten kan ha vondt, være kvalm, og det kan være andre ting som kan skje med pasienten som vi må ta hensyn til. Det kan jo egentlig ta lang tid før pasienten spør, eller det kan ta ti minutter. Vi må takle det på forskjellige måter. Og det da å unngå og gå bort, da du vet at de puster og har det greit og er vekkbare, men kanskje ikke noe mer enn det.	Hun må hele tiden være forberedt på at pasienten skal stille spørsmål.  I den tiden sjekker hun bare bevissthet og respirasjon.	Hun kjenner seg presset fordi hun vet pasienten når som helst kan våkne.  Sykepleieren får et pusterom før pasienten ber om informasjon.	Være i beredskap  Være i beredskap

I denne fasen forsøkte jeg å ha et større fokus på studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Dette resulterte i at jeg fant mer substans i teksten. Kondenseringen og abstraheringen utdypet dermed bedre det deltakerne hadde snakket om, og ga tolv temaer som uttrykte mer av det latente i teksten:

- Være til hjelp
- Være i beredskap
- Balansekunst
- Beholde kontroll
- Finne trøst
- Lette byrden
- Bevare håp
- Være tilstede
- Skape tillit
- Dele situasjonen
- Ønsker en fasit
- Behov for anerkjennelse

Temaene ble deretter bearbeidet i flere omganger, og det ble tydelig at flere av temaene dreide seg om aspekter ved det samme. Sykepleiernes ønske om *å være til hjelp* for pasienten i en kritisk fase, handlet også om *å bevare håp*, *skape tillit* og *være til stede*. Dermed kunne disse temaene slås sammen til to, *bidra til å bevare håp* og *skape tillit og trygghet*. Temaet *være i beredskap* ble med til neste fase, da det ble ansett som viktig for sykepleierne å være i en beredskap i forhold til å være forberedt på spørsmål fra pasienten, og temaet forklarer og utdyper hva dette gjør med sykepleierne når det samtidig skal holde sannheten tilbake. Det kom frem i studien at sykepleierne gjorde flere ting samtidig i tiden før pasienten var informert, de måtte ha flere baller i luften samtidig. Temaet *balansekunst* ble derfor et mer overordnet tema. Situasjonen var preget av en balanse mellom å holde viktig informasjon tilbake, og et ønske om å opptre profesjonelt og beholde kontroll på situasjonen. Temaene *finne trøst* og *lette byrden* beskriver hvordan sykepleierne fant mening og holdt ut i de problematiske situasjonene som ikke åpenbart hadde en god

løsning. Disse to temaene ble derfor slått sammen med temaet *beholde kontroll i situasjonen*, fordi de beskriver ytterligere hva som hjelper sykepleierne til å beholde kontroll. Sykepleierne ble under intervjuene utfordret til å snakke om hvordan de bearbeider situasjonene i etterkant, temaene *dele situasjonen*, *ønsker en fasit* og *behov for anerkjennelse* belyser dette, disse tre temaene ble derfor slått sammen til et, *behov for råd og anerkjennelse*. Etter dette arbeidet var temaene redusert fra tolv til fem:

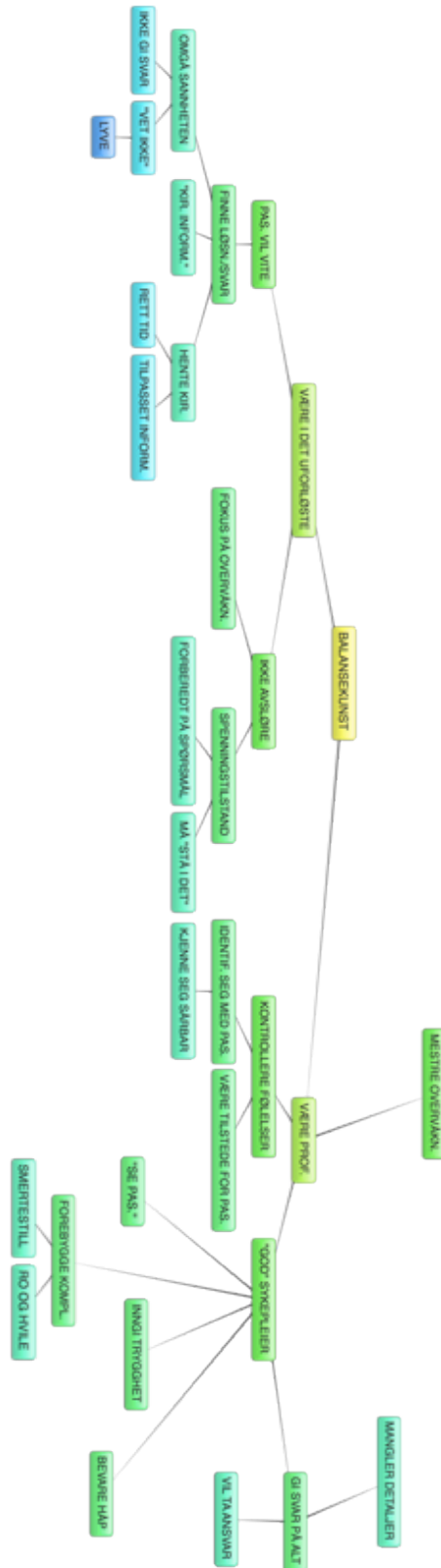
- Være i beredskap
- Beholde kontroll i situasjonen
- Bidra til å bevare håp
- Skape tillit og trygghet
- Behov for råd og anerkjennelse

Under analysens første faser ble mange av undertemaene samlet under temaet *være i beredskap*, som uttrykk for en forberedthet på å håndtere direkte spørsmål og hvordan sykepleierne opplevde dette. Men videre i prosessen ble det klart at beredskap ikke var en god betegnelse, fordi det er nettopp beredskap til å håndtere situasjonene sykepleierne mangler.

For å komme videre i prosessen og i større grad tydeliggjøre resultatene, ble det i neste fase tatt i bruk et tankekart (lastet ned fra bubbl.us). Med utgangspunkt i *balansekunst*, som fortsatt syntes å være et overordnet tema, startet denne prosessen med en *brainstorming*, hvor alle ord og begrep som kunne forbindes med balansekunst ble lagt til som forgreininger. Jeg så først for meg en balansekunst mellom å være en *god sykepleier*, *holde på sannheten* og *mestre*. Deretter ble det laget forgreininger igjen ut fra disse tre punktene, som feks. ble *god sykepleier* delt opp i *pasientens beste*, *bruke erfaring*, *trygg overvåkning*. Forgreinene fortsatte så til jeg ikke kunne finne flere nye ord og begrep. Neste steg ble å sortere, utdype og bearbeide begrepene i tre omganger til, og det endelige resultatet er vist i figur 1:

Figur 1

Tankekart - utarbeiding av tema



Prosesen med tankekartet resulterte i at fire av de tidligere fem temaene ble redusert til to nye, og det femte og siste ble beholdt uendret, slik at det nå gjensto tre hovedtemaer:

- Være i det uforløste
- Ønske om å opptre profesjonelt
- Behov for råd og anerkjennelse

### 3.4 Forskningsetiske betrakninger

Før studien startet ble det innhentet godkjenning fra personvernombudet ved sykehusene og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (vedlegg 2). Studien krevde ingen tilråding fra Regional etisk komite (REK). I informasjonsskrivet (vedlegg 4) var det blitt gitt informasjon om at deltakelsen var frivillig, og at deltakerne når som helst kunne trekke seg fra studien uten at dette ville få følger for deres arbeidsforhold. Før intervjuene startet ble det presisert at det som ble sagt skulle holdes innenfor gruppen, og at innholdet i intervjuene ikke var taushetsbelagt, men pasientopplysninger i størst mulig grad skulle anonymiseres. Dersom det fremkom data som kunne gjøre pasientene gjenkjennbare, ville dette bli slettet. Dataene er oppbevart på en forskningsserver som tilhører sykehusene, og lydopptakene er oppbevart på universitetets hjemmeområde som lydfiler. Alt vil bli slettet etter at masteroppgaven er godkjent. Deltakerne ble benevnt med en bokstav under intervjuene, hvor førstemann ble A, neste B og så videre, dette for å bevare anonymitet. Intervjuene hadde jo et tema som kunne oppleves som belastende for sykepleierne, jeg valgte derfor å bruke tid før og etter intervjuet på å presisere hvor viktig deres deltakelse og bidrag ville være. Jeg sa også om at de kunne ta kontakt med meg etter intervjuet om det skulle være behov for det. Umiddelbart etter intervjuene ga alle sykepleierne tilbakemelding om at det hadde vært positivt å delta, da de sjelden fikk pratet sammen om problemstillingen i jobbsammenheng.



### 3.5 Metodiske overveielser

Metodelitteraturen har gitt et innblikk i hvilket potensiale fokusgrupper har som metode. Kunsten å fange opp og utdype det essensielle i deltakernes historier krever innsikt og lang erfaring. Som uerfaren forsker manglet jeg denne erfaringen, og det har hatt betydning for gjennomføringen av intervjuene, kvaliteten og analysen av datamaterialet. Et eksempel på dette var at jeg i innledningen av det første intervjuet presiserte at jeg skulle holde den fastsatte tiden, fordi litteraturen beskriver at dette er viktig. Men jeg opplevde at det var vanskelig å bryte av diskusjonen når tiden var inne for å avslutte intervjuet, fordi jeg var redd for å miste noe som kunne være viktig, med den følge at jeg mistet noe av fokuset på det deltakerne snakket om. Men dette ble erfaringer jeg tok med meg til de neste intervjuene, da ga jeg assistenten ansvar for å holde tiden og gi beskjed når det gjensto ti minutter av intervjuet.

Jeg har valgt å forske i et felt hvor jeg selv har lang erfaring. Dette har medført at historiene deltakerne har delt og diskutert har vært gjenkjennelige, og det har vært vanskelig å sette min egen forforståelse til side. Eksempler på dette var at jeg trodde sykepleierne utelukket var overveldet av den triste følelsen av at det ikke kunne gjøres noe for pasienten, og at beskjeden han skulle få ble så endelig. Men jeg ble overrasket over at de fleste sykepleierne ga uttrykk for at de likevel øynet håp for pasienten, fordi de visste at kirurgen kunne ha en plan om en annen behandling for pasienten. Vissheten om dette ble en trøst og hjalp dem til å stå i situasjonen. Jeg hadde også selv erfaring med å kjenne på stresset i tiden før kirurgen kom og informerte pasienten. Resultatene viste imidlertid at flere av sykepleierne ikke lot seg stresse like mye, fordi de kjente seg trygge på å kunne svare pasienten at det var kirurgen som måtte gi svar på det kirurgiske. Med nyttige innspill fra veileder og medstudenter, hvor alle var ukjente med problemstillingen, fikk jeg også ny innsikt som har gitt et bedre utenfra perspektiv. Jeg har i tillegg brukt mye tid i forkant av intervjuene på å tenke ut hvordan jeg kunne klare å stille med blanke ark. Å mestre kunsten å være åpen og stille meg undrende til det deltakerne fortalte, med fokus på deres individuelle og særegne opplevelser ville være det optimale. Det må likevel antas at god kjennskap til problemstillingen har vært en styrke for studien. Det faktum at jeg som

forsker også kjente til problemstillingen, kunne gjøre at deltakerne kjente seg trygge ved å få kollegial støtte og visshet om at jeg hadde forståelse for hvilket dilemma de sto i. Jeg valgte å ikke rekruttere fra mitt eget sykehus, dette for å unngå for kollegial samhörighet og gjenkjennelse av konkrete situasjoner. Jeg overlot også til seksjonslederne å ta den første kontakten med deltakerne. Dette for ikke å påvirke utvelgelsen og beholde en nøytral rolle i rekrutteringen.

Det er grunn til å tenke over om metoden har vært den best egnede for problemstillingen. Ved i stedet velge individuelle intervjuer, kunne jeg fått deltakerne til å åpne seg og delt mer av sine personlige erfaringer. Men i gruppene har likevel de fleste deltakerne opptredt åpent uten betydelig prestasjonsangst, og den felles opplevelsen av problemstillingen har snarere virket å forene dem og skapt trygghet og samhold. Fordelen av å kunne diskutere nærmest fritt uten for mye innblanding fra meg som moderator, synes også å ha virket positivt.

Flere studier beskriver utfordringene med å analysere data fra fokusgrupper. I en etnografisk studie om eldres erfaringer med å flytte til sykehjem, ble fokusgrupper brukt som metode (Reed og Payton, 1997). Artikkelen fremhever betydningen av å gjøre data fra fokusgrupper gyldige og troverdige, ved å beskrive hva som skjer underveis i diskusjonen og ikke bare summere opp det deltakerne har sagt. Morgan (2010) hevder i sin artikkel at det er forskningens mål som må styre analysen og bestemme hvilken nytte interaksjonen kan ha, og at sitater fra enkeltpersoner utgjør den sterkeste forbindelsen mellom leseren og deltakernes stemmer og bidrar med troverdighet til analysen. Polit og Beck (2008) mener forskeren må ha tillit til sannheten i dataene og fortolkningen av dem, og ha evne til å få frem deltakernes stemmer på en objektiv måte. De hevder også at studien må være transparent, slik at leseren kan følge forskeren gjennom hele prosessen med alle avgjørelser som blir tatt, fra de opprinnelige dataene til analysen er ferdigstilt. Jeg erfarte at analysen var krevende og den ble gjennomført i flere omganger, med hjelp av veileder og kollegaer med kjennskap til kvalitativ metode. I starten av arbeidet med datamaterialet ble jeg utfordret på å få det talte inn i teksten, gi et riktig uttrykk for deltakernes meninger og ikke overse noe som kunne ha betydning for studien. Videre i prosessen ble

utfordringen å trekke de riktige meningene ut av de transkriberte materialet og utdype disse, for å finne svar på studiens problemstilling. Jeg har kjent et stort ansvar for å forvalte datamaterialet på en god måte, slik at det ble deltakernes uttrykte meninger som bidrar til å danne ny kunnskap. I hvilken grad jeg har lykket med dette er usikkert.

Intensjonen etter rekrutteringen var å samle sykepleierne i grupper etter erfaring og sykehusstilhørighet, med den hensikt at dette ville virke positivt for å fremme diskusjonen. Intensjonen til tross, sammensetningen i gruppene ble likevel på tvers av både erfaring og sykehusstilhørighet. Det er grunn til å reflektere over om dette bidro til et optimalt resultat. Kanskje hadde ikke homogenitet innad i gruppene så stor betydning, dynamikken i gruppen var kanskje mer avhengig av den enkelte sykepleiers personlighet og engasjement. De utvalgte sykehusene hadde få sykepleiere med kort erfaring. Det kan tenkes at det hadde gitt andre og bedre resultater hvis flere uerfarne sykepleiere hadde deltatt, og forskjellen mellom kort og lang erfaring hadde vært større. I alle gruppene var det enighet om at teknologi og overvåkning bare var et stressmoment de første månedene i postoperativ avdeling. Etter dette ble det en rutine som var lik uansett utfallet av operasjonen. Hvis sykepleiere med få måneders erfaring hadde blitt rekruttert til studien, kan det antas at det hadde blitt mer tydelig forskjell på hvordan uerfarne og erfarne sykepleiere håndterte overvåkingen samtidig med direkte spørsmål fra pasienten etter en kreftoperasjon som ikke hadde gått bra. Det er verdt å merke seg at studien kan ha en begrensning ved at utvalget bare besto av tre intervjuer, da det å avgjøre om saturering, metning, er oppnådd, aldri ble testet ut med ytterligere flere intervjuer.

Det var merkbar forskjell i dynamikken i gruppene med tre deltakere i forhold til gruppen med seks. Gruppen med tre var uerfarne sykepleiere, de var like aktive i diskusjonen og ventet i større grad inn hverandre uten for mange avbrytelser. Litteraturen viser også at deltakerne i mindre fokusgrupper kjenner større ansvar for å bidra under intervjuer (Malterud, 2012). Det var også påfallende at de uerfarne sykepleierne ga uttrykk for en større maktesløshet over å ikke kunne gjøre noe for pasienten, enn det sykepleierne med lengre erfaring gjorde. I gruppen med seks deltakere var alle erfarne sykepleiere, hvor halvparten var mest aktive, mens de andre falt mer sporadisk inn med korte replikker og

bifall. Diskusjonen i denne gruppen var i større grad preget av avbrytelser og større selvsikkerhet og trygghet i forhold til å takle situasjonen.

Jeg diskuterte med assistentene hvorvidt sykehusene hadde ulik kultur. Dette kom frem fordi deltakerne ble utfordret til å diskutere om de noen gang opplevde å måtte lyve for pasienten, når de ikke svarte på direkte spørsmål om hvordan operasjonen hadde gått. Reaksjonen på dette var ulik. To uerfarne sykepleiere, fra samme sykehus, men som deltok i to ulike grupper, ga begge uttrykk for at de opplevde å lyve for pasienten når de svarte at de ikke visste resultatet av operasjonen. I en annen gruppe hvor de fleste sykepleierne var fra det andre sykehuset og erfarne, mente flere at de ikke regnet det som løgn å svare pasienten at de ikke visste. For dem innebar dette at de ikke visste nok til å kunne gi pasienten et fullstendig svar. Det kan utifra dette bare vagt antydes at sykepleierne fremhevet dette som til pasienten beste, for å dempe sin egen følelse av å ikke være ærlig og oppriktig.

Deltakerne tok ansvar og så betydningen av å bidra i studien, selv om ikke alle fikk kompensasjon i form av avspasering for å delta. Flere svarte på tekstmeldingen som ble sendt dagen før med påminnelse om intervjuet, med bekreftelse på at de kom. Alle kom til avtalt tid til intervjuene, bortsett fra en sykepleier som sendte melding om at hun var syk. Hun fikk tilbud om å være med i et annet intervju ved det andre sykehuset, og takket ja til dette. Alle intervjuene ble gjennomført uten nevneverdige avbrytelser. Under det ene intervjuet gikk en sykepleier bort for å ta en telefon som ringte, og hun gikk også ut noen minutter senere. Dette medførte likevel ikke at de andre deltakerne mistet fokus eller at diskusjonen sporet av eller ble avbrutt.

## 4. RESULTATER

I dette kapitlet blir studiens funn presentert. Etter analysen ble datamaterialet samlet i tre hovedtema, med påfølgende underpunkter:

- Være i det uforløste
  - Ikke avsløre sannheten
  - Håndtere pasientens behov for å vite
- Ønske om å opptre profesjonelt
  - Mestre overvåkningen
  - Beholde kontroll på egne følelser
  - Være en god sykepleier
- Behov for råd og anerkjennelse

De to første temaene beskriver en balansekunst som sykepleierne utøver i møte med pasienten som ikke er informert. Denne balansekunsten består i på den ene siden å være i en uforløst situasjon, og på den andre siden å ha et ønske om å opptre profesjonelt. Det siste temaet beskriver hvordan situasjonene bearbeides, om sykepleiernes behov for råd og anerkjennelse. I presentasjonen er det brukt direkte sitat fra intervjuene, fremstilt i kursiv, de er klippet ut fra de meningsbærende enhetene for å utdype sykepleiernes uttalelser. Studiens funn blir presentert i presens for å gi leseren en større nærhet og bedre forståelse av sykepleiernes opplevelser.

## 4.1 Være i det uforløste

Sykepleierne i studien er ofte uvitende om resultatet av operasjonen frem til pasienten kommer til postoperativ avdeling, men sier de forstår at det ikke har gått som planlagt når pasienten blir meldt fra operasjon tidligere enn forventet. Under rapporten får sykepleierne bare en kort beskjed om at operasjonen ikke har gått som planlagt. Helt konkret kan anestesisykepleieren si at kreften er inoperabel, og at kirurgen bare har åpnet og lukket pasienten uten å fjerne noe av kreftsvulsten, eventuelt er det gjort en avlastende operasjon som skal ha lindrende effekt. En sykepleier forteller at hun aldri helt vet hva inoperabel innebærer, men det første hun tenker er at pasienten ikke kommer til å bli frisk, og at resultatet kommer til å få store konsekvenser for vedkommende.

### 4.1.1 Ikke avsløre sannheten

Alle sykepleierne i studien er oppmerksomme på at informasjonen de sitter inne med er av stor betydning for pasienten, likevel velger de å holde den tilbake. Når sykepleierne møter pasienten gir de alle uttrykk for at det blir viktig å holde kortene tett til brystet. En sykepleier snakker om hvor mye lettere det er når hun kan si de forløsende ordene: «Operasjonen har gått som planlagt». Når pasienten våkner etter narkosen er det trygt å kunne si noen beroligende ord om at operasjonen er over og at alt har gått bra. Det bryter isen og blir en god måte å tilnærme seg pasienten på, og kanskje er det nok til at pasienten faller til ro igjen. To sykepleiere i den ene gruppen antar at pasienter som har vært operert tidligere forventer å få høre dette, hvis sykepleieren denne gangen ikke sier noe, tror de pasienten vil mistenke at operasjonen ikke har gått bra. Sykepleierne må derfor dreie fokuset og begi seg utenfor komfortsonen. Dette innebærer at tilnærmingen til pasienten preges av at sykepleierne ikke må avsløre at de vet hvordan operasjonen har gått. De må bli i den uforløste situasjonen til kirurgen har informert pasienten. Underveis i diskusjonene blir sykepleierne oppmerksomme på hvor mye energi de bruker på å ikke avsløre seg, som denne sykepleieren sier:

*Fokusgruppe 2: Etter man har jobbet intenst med et menneske i en slik situasjon, så er du ganske most etterpå, for det krever så mye av deg som menneske.*

Det blir en anstrengelse for sykepleierne å ikke avsløre det de vet, men likevel mener flere at de ikke lykkes med å skjule det. En sykepleier forklarer det med at søsteren hennes stadig minner henne på hvor dårlig hun er til å holde på hemmeligheter, og derfor tror hun også pasienten ser på henne at hun vet. En annen sier hun føler hun blir så annerledes at hun tror pasienten kan se det på henne, selv om de ikke kjenner hverandre på forhånd. Hun anser ikke hun er en god nok skuespiller til å skjule en så dårlig beskjed. En sykepleier sier også hun trekker seg fysisk unna pasienten når hun rapporterer til kollegaer for å unngå at pasienten skal høre noe og få mistanke om at noe er galt. Sykepleierne beskriver også hvordan de merker at pasienten forstår at operasjonen ikke har gått bra, selv om sykepleierne ikke sier noe. Det gjør at de blir mer på vakt og må passe bedre på. De gir ingen eksakt forklaring på hvordan de sanser dette, men de antyder at de kan forestille seg hvordan pasienten opplever situasjonen ved å innta den andres perspektiv. På den måten kan de få en anelse om hvordan pasienten kan ha det. Et sitat utdyper dette:

*Fokusgruppe 2: Jeg tror de skjønner det på måten jeg sier det på, uten at jeg sier det direkte. De har sansene veldig på hugget, er veldig opptatt av de små nyansene i språket, og hvordan jeg ordlegger meg. De leser det på meg at det er noe jeg holder tilbake, som jeg synes er tøft også. Man skjønner det hvis man har et annet tonefall, det nonverbale sier veldig mye, tror man tolker det veldig. Det er mye som sies ubevisst. Jeg tror jeg kan lese andre i hvert fall.*

Et eksempel som nevnes av flere på hvordan de sanser at pasienten forstår at operasjonen ikke har gått bra, er når pasienten ser på klokken med en gang han våkner, eller spør hvor mye klokken er. Sykepleierne tror pasienten tenker at noe er galt når han kommer til postoperativ avdeling mye tidligere enn forventet, fordi de antar han har blitt forespeilet hvor lang tid operasjonen skal ta hvis alt går etter planen. Sykepleierne mener også at pasienten forstår det hvis de svarer ufullstendig eller unnvikende på direkte spørsmål om hvordan operasjonen har gått. Når sykepleierne trekker seg unna og ikke er helt tilstede, og kanskje hvisker for at pasienten ikke skal høre, antar de også at han kan mistenke at operasjonen ikke har gått som planlagt. Ytterligere eksempler er når sykepleierne erfarer at pasienten ligger med øynene igjen uten å stille spørsmål, eller får følelsesmessige

reaksjoner, gråter eller blir sint for ting som kan synes å være bagateller. En sykepleier har erfart at pasienten ble sint fordi han ikke fikk et glass vann fort nok, eller klaget på en pute som ikke lå som den skulle. En annen har hatt pasienter som bare ber om mer smertestillende for å slippe å være våken, og mener dette er fordi de forstår at noe er galt.

Sykepleierne befinner seg i en spenningsstilstand hvor de kjenner seg presset, og de er redde for å si noe som gjør situasjonen verre for pasienten. Denne følelsen varer for noen frem til kirurgen har gitt pasienten informasjon, mens andre beskriver at det henger over dem helt til pasienten virkelig har forstått betydningen av hvordan operasjonen har gått. Men alle er enige om at de må holde ut, det eksisterer ikke et valg, de blir hos pasienten og står i det uansett. En sykepleier trøster seg med at det tross alt bare er kort tid hun vet noe pasienten ikke vet. Hennes ubehag er lite i forhold til pasientens, så det får hun bare tåle. Det blir en lettelse når kirurgen kommer raskt og informerer, en sykepleier uttrykker at det beste for pasienten er når kirurgen bare gir kort informasjon på postoperativ avdeling, men gjør en avtale med pasienten om at han får mer utfyllende informasjon når han er tilbake på sengepost og er mer våken. Stemningen beskrives av en sykepleier som trykket, og tiden før kirurgen kommer og informerer pasienten oppleves likevel av mange som lang, minutter kan føles som timer. Det blir en belastning å være hos pasienten og noen av sykepleierne opplever det ubehagelig. Alle sykepleierne har erfart at pasienten når som helst vil spørre om hvordan operasjonen har gått. Det innebærer at de er forberedt på direkte spørsmål helt fra pasienten kommer til postoperativ avdeling. Men selv om de er forberedt, blir det likevel vanskelig når de konfronteres med spørsmål de ikke kan svare på, mange blir svar skyldig og kjenner seg presset mot veggen. En erfaren sykepleier er ærlig og sier til gruppen:

*Fokusgruppe 3: Hva gjør dere hvis legen ikke har informert og de spør direkte? Det er et dilemma det, hva skal du si da?*

Sykepleierne må hele tiden være på vakt, og de fleste mener de har klare grenser for hva de kan si noe om, som å bekrefte tekniske ting som ikke har direkte med resultatet av operasjonen å gjøre. Eksempler på dette er at de kan forklare pasienten noe om



overvåkningsutstyret, som for eksempel at det går en alarm fordi en elektrode har falt av, men at dette ikke innebærer noen fare for pasienten. For alle sier de kjenner seg tryggere når de kan fokusere på overvåkningen. En sykepleier sier hun kan sjekke innstillingen på en infusjonspumpe en ekstra gang, selv om hun vet det ikke er nødvendig. En annen prøver å berolige pasienten med å si at alt har gått bra med narkosen, og at hun vil passe på han og tar ansvar for overvåkningen, selv om hun vet at det viktigste for pasienten er å få vite hvordan operasjonen har gått.

#### **4.1.2 Håndtere pasientens behov for å vite**

Sykepleierne i studien er enige om at det er av stor betydning for pasienten å få vite hvordan operasjonen har gått, en erfaren sykepleier mener alle pasienter som gjennomgår en planlagt kreftoperasjon alltid vil frykte at kirurgen ikke får gjort det som er planlagt. De legger til at situasjonen vil være annerledes for en pasient som opereres akutt for noe som viser seg å være inoperabel kreft. Sykepleierne ønsker uansett å imøtekomme pasientens behov for å vite resultatet av operasjonen slik at han opplever å bli tatt på alvor. Noen av sykepleierne sier de føler seg komfortable med å svare at det er kirurgen som må informere om operasjonen, selv når pasienten følger opp med å spørre om hva de vet. En sykepleier sier at hun da kan velge å svare at hun ikke kan uttale seg om operasjonen, og mener hun ivaretar pasienten best ved å få tak i ansvarlig kirurg. Sykepleierne har oftest klart for seg hvilken kirurg de skal kontakte, og i første omgang prøver de å nå vedkommende via personsøker. De erfarer at pasientene er veldig forskjellige, noen er veldig «på», som kanskje kan forklares som at de er veldig pågående og ikke gir seg før de får svar. Noen pasienter vil også tidlig i den postoperative fasen vite, og spør gjentatte ganger om hvordan operasjonen har gått. I slike situasjoner opplever sykepleierne at det blir vanskeligere å slippe unna uten å gi et ærlig svar. Sykepleierne som velger å svare at kirurgen må gi informasjon, synes imidlertid å kunne takle dette, men for andre kan det bli en ytterligere belastning med pasienter som krever et svar.

Noen sykepleiere trekker frem at det kan oppleves ekstra belastende når pårørende er tilstede og presser på for å få vite resultatet av operasjonen. Ofte kan pårørende også ringe før pasienten har våknet. Når pasienten fortsatt sover kan de riktignok svare at pasienten

må informeres først, men sykepleierne kjenner på presset av å holde informasjon tilbake for de pårørende også. Sykepleierne innser likevel at pårørende er de som kjenner pasienten best, og kan bidra til å gi dem et bilde av pasientens forberedthet og bedre hans forståelse av informasjonen fra kirurgen senere, ved å stille de spørsmålene pasienten er for overveldet eller medtatt til å stille selv. Pårørende kan derfor bli en ressurs for sykepleierne i ventetiden før pasienten er informert, som det er viktig å dra nytte av.

Sykepleierne ser betydningen av at pasienten får informasjon tilpasset sitt behov. Men det ligger en begrensning i at de ikke har møtt pasienten tidligere, og ikke har kjennskap til hva han har fått av informasjon på forhånd. En sykepleier uttrykker det slik:

*Fokusgruppe 3: Litt tåkeprat, tilbakeholdelse av informasjon kan være godt. De får lov å ta innover seg litt og litt. Jeg vet hva jeg ville like, men er det det pasienten vil? Kanskje kirurgen kjenner pasienten bedre enn meg, har snakket med pasienten i en rolig setting og har dannet seg en mening.*

Flere av sykepleierne sier situasjonen blir lettere å håndtere hvis pasienten er forberedt på et dårlig resultat. Kirurgen kan ha informert pasienten på forhånd om muligheten for at det ikke kan gjøres så mye under operasjonen. Derfor prøver de tidlig å finne ut hva pasienten vet. En sykepleier sier hun leser i pasientens journal for om mulig finne opplysninger om forberedthet, mens andre velger å stille spørsmål direkte til pasienten om hva han er blitt fortalt på forhånd og forventer seg skal bli gjort under operasjonen. I noen tilfeller kan de også danne seg et bilde av pasientens forberedthet ved å «lese» pasienten, som en sykepleier uttrykker det. Hun mener med dette at hun kan se på pasienten når han trilles inn på postoperativ avdeling hvilken tilstand han er i, som for eksempel at han er urolig og engstelig. Dette tolker hun som et tegn på at pasienten frykter at det ikke har gått bra. Ved å kartlegge pasientens forberedthet kan det virke som om sykepleierne føler den dårlige beskjeden pasienten skal få kan bli litt mindre brutal for begge parter. Men en godt forberedt pasient som stiller konkrete spørsmål om operasjonen kan også få sykepleierne til å føle seg mer stresset. Selv om de velger å svare at kirurgen må informere om

detaljene, gir de uttrykk for at de føler seg mer forpliktet til å finne svar når pasienten er godt innsatt i det kirurgiske.

En oppgave sykepleierne tar ansvar for og som fremheves av alle, er å få kirurgen til å komme og gi pasienten informasjon, flere av sykepleierne sier at kirurgen må på banen så tidlig som mulig. De sier de ikke vet hvor de har det fra, men de er helt sikre på at det ikke er deres ansvar å informere pasienten om operasjonen. Det blir spesielt viktig når kreften er inoperabel, fordi det da er mer som står på spill for pasienten. Men ofte er det vanskelig å få kirurgen til å komme akkurat når pasienten er klar for det, timingen blir ofte et problem. Sykepleierne anser at pasienten må få informasjon til rett tidspunkt, for noen er det med en gang de våkner, for andre etter flere timer. Men sykepleierne må også vurdere om pasienten er i stand til å forstå betydningen av informasjonen. Noen mener det er klokt å vente til pasienten er helt våken, slik at han ikke glemmer det kirurgen nettopp har sagt og stiller spørsmål igjen. For andre blir ikke dette like belastende, fordi de da bare kan gjenta det kirurgen konkret har informert om. En sykepleier mener at det ikke må bli et stressmoment å få informasjonen overstått for sin egen del. Hun uttrykker det slik:

*Fokusgruppe 3: Det er smart å gi det trinnvis. Man trenger ikke tømme hele bøtta i hodet på dem rett etter at de har våknet for at de skal være informert, og vi skal slippe å stå i et dilemma. Er det vårt behov eller? Noen trenger tid til å fordøye.*

Alle sykepleierne erfarer at de ofte bruker mye tid og krefter på å få ansvarlig kirurg til å komme når de mener pasienten er mottakelig for informasjon. En erfaren sykepleier forteller at i hennes avdeling har det vært situasjoner hvor sykepleierne har fått hjelp av sin leder til å få kirurgen til å komme tidligere enn vedkommende har ansett det være nødvendig. En annen sykepleier i samme gruppe erfarer at kirurgen ofte går og legger seg hvis operasjonen har vært på natten, selv om det er åpenbart at pasienten ønsker å vite hvordan det har gått uansett hvilken tid det er på døgnet. Hun forteller videre at det er tungt å stå med pasienten på natten å bare kunne forsikre om at kirurgen skal komme på morgenen. Når hun bare kan svare at kirurgen skal komme å informere senere, kan pasienten bare bli mer spørrende og hun føler seg beklemmt. Hun har opplevd å få

ordinasjon på ekstra sovemedisin av ansvarlig anestesilege, fordi pasienten var engstelig og urolig. Det ble ingen god løsning for henne, fordi prosessen ble forskjøvet og pasienten var fortsatt ikke informert. En av de andre sykepleierne i den samme gruppen erfarer også at kirurgen ofte vil vente med å informere til pasienten er tilbake på sengepost, med den begrunnelsen at det er for tidlig å gi informasjon på postoperativ avdeling. Det blir vanskelig for sykepleieren å være hos pasienten i opptil flere timer uten at han er informert. Hvis pasienten i tillegg blir flyttet tilbake til sengepost tidligere enn forventet, fordi inngrepet ble mindre, antar sykepleierne at pasienten kan bli redd for at operasjonen ikke har gått bra.

Flere sykepleiere sier de opplever at kirurgene har et stramt tidsskjema på dagtid. Dette kan innebære at ansvarlig kirurg ikke har tid til å informere pasienten, fordi han straks må i gang med neste operasjon. En erfaren sykepleier bruker denne antakelsen som en hvit løgn når hun svarer pasienten:

*Fokusgruppe 1: Noen ganger velger jeg å si at kirurgen fortsatt står og opererer, uten at jeg er helt sikker på at det er det som er tilfelle, for å vinne litt tid på å få tak på vedkommende. For det er en usikkerhet rundt hvordan informasjonen kan bli gitt.*

Fordi sykepleierne er hos pasienten hele tiden, anser de at de kan tolke pasientens behov for informasjon bedre enn kirurgen. Selv de mest uerfarne sykepleierne mener de kan avgjøre når pasienten trenger informasjon. Alle sykepleierne er enige om at pasienten ikke skal vente på informasjon, de kjenner på hva ventetiden gjør med pasienten, men det blir en ekstra belastning for dem også, noe dette sitatet beskriver:

*Fokusgruppe 3: Jeg blir veldig utålmodig på pasientens vegne, jeg går og tripper og caller flere ganger. Man blir litt sånn innvendig, får adrenalin på pasientens vegne. Litt frustrasjon, jeg vil så gjerne hjelpe, men jeg er avhengig av noen andre som skal komme å fortelle det.*

I sin streven etter å finne svar på direkte spørsmål fra pasienten erkjenner flere av sykepleierne at de velger å omgå sannheten, og beskriver ulike strategier de benytter seg av for å lykkes med dette. Det kommer ikke klart frem hva det er som gjør at de velger det ene fremfor det andre, men det kan tenkes at valget tvinges frem i den gitte settingen. Eksempler på strategier er at sykepleierne bruker tid på å velge ordene med omhu, så de ikke forsnakker seg og pasienten får mistanke om at noe er galt. De er oppmerksomme på sitt eget kroppsspråk, tenker over hvordan de skal gå inn i situasjonen og vurderer hvordan de tilnærmer seg pasienten. Møtene mellom sykepleier og pasient kan av den grunn bli mindre spontane, og preges av at sykepleierne kjenner seg bundet og ikke kan snakke fritt med pasienten. Sykepleierne velger å styre unna visse spørsmål, de bruker rundere formuleringer så pasienten ikke skal stille nye spørsmål, gir korte svar og unngår å gi detaljer. I samspill med pasienten sier en erfaren sykepleier at hun velger å snakke rundt situasjonen. Hun gir ingen ytterligere forklaring eller eksempel på hvordan hun gjør dette, men kanskje det kan tolkes som utenomsnakk for å avlede pasientens oppmerksomhet. Den samme sykepleieren sier videre at hun velger å oppholde seg mindre ved sengen, hun gjør seg mindre tilgjengelig for pasienten. En sykepleier forklarer hvordan det føles å ikke gi pasienten svar:

*Fokusgruppe 3: Jeg tror fort vi trekker oss litt unna, om du ikke fysisk er så langt unna, så fjerner du deg kanskje litt fra det pasienten opplever som det sentrale. Og du skal unnvike og unnvike, å prøve og svare sant uten at pasienten skjønner at du ikke forteller alt.*

Sykepleierne er sikre på at pasienten merker at de er unnvikende og ikke gir fullstendige svar, og det blir langt fra optimalt. Flere av sykepleierne velger å si at de ikke vet hvordan operasjonen har gått. Under intervjuet blir sykepleierne utfordret på hva de betrakter som løgn, og om de noen ganger opplever å måtte lyve når de ikke kan gi svar på det pasienten spør om. Dette resulterer i at de reflekterer over hva det innebærer å lyve, og en sykepleier sier:

*Fokusgruppe 1: Jeg vil ikke lyve for noen, at man unnlater å fortelle sannheten er egentlig en form for løgn. Det er jo nesten litt ubehaglig bare jeg hørte ordet, dere lyver jo egentlig. Det er litt rart, kjenner selv hvordan man reagerer på det, for det er jo litt touchy dette temaet egentlig.*

En annen gruppe med mer erfarne sykepleierne, sier de ikke har problemer med å svare at de ikke vet, uansett om pasienten spør direkte, fordi de med det mener at de ikke vet nok. Men de følger umiddelbart opp med å si at kirurgen skal informere, og mener at det dermed ikke er å lyve. Sykepleierne har en felles oppfatning om at det er til pasientens beste at de ikke forteller at de vet at operasjonen ikke har gått som forventet, men når pasienten forventer et svar oppstår et dilemma hvor den gode løsningen ikke er helt åpenbar for noen.

## 4.2 Ønske om å opptre profesjonelt

Sykepleierne i studien ønsker å gjøre noe som hjelper pasienten i tiden før han er informert. En sykepleier sier at det ideelle hadde vært å kunne gi svar på alt pasienten spør om. Men når hun ikke kan det, føler hun ikke hun egentlig tar det hele og fulle ansvaret for pasienten. Sykepleierne forventer ikke at pasienten forstår hvorfor de ikke kan svare på hvordan operasjonen har gått, men på mange måter føler de seg lite profesjonelle hvis de velger å svare at de ikke vet.

### 4.2.1 Mestre overvåkingen

For sykepleierne er det en vesentlig forskjell på om pasienten er våken eller sover når han kommer til postoperativ avdeling. De vet at pasienten kan våkne når som helst og komme til å stille spørsmål om hvordan operasjonen har gått. Men så lenge pasienten sover får sykepleierne et pusterom, de senker skuldrene og kan konsentrere seg om overvåkingen, arbeidet blir praktisk og håndterbart. Selv sykepleierne med minst erfaring sier de mestrer teknologien godt. Det beste for sykepleierne er når pasienten sover til han våkner av seg

selv, og helst ikke blir vekket før kirurgen kommer og informerer. En erfaren sykepleier sier:

*Fokusgruppe 1: Kanskje pasientene er så groggy og omtåket at de ikke våkner ordentlig før etter flere timer. Og det da å unngå og gå bort, da du vet at de puster og har det greit og er vekkbare, men kanskje ikke noe mer enn det. Jeg har kjent på fortvilelsen når en anestesilege rusker bortom for å høre om de er våken, også vet du at vi har ingen til å informere. Det er jo også vår greie å håndtere det til vi får noen til å informere.*

Sykepleierne beskriver en ventetid hvor det er viktig å ha god kontroll på overvåkningen, det gir en følelse av mestring og at de dermed sikrer pasienten en trygg og sikker oppvåkning uten at komplikasjoner oppstår. Men samtidig vokter de over pasienten i håp om at kirurgen kommer dem til unnsetning med nødvendig informasjon, helst i god tid før pasienten våkner og stiller spørsmål.

#### **4.2.2 Beholde kontroll på egne følelser**

Flere av sykepleierne gir uttrykk for at det kan være vanskelig å holde følelsene tilbake når de vet at det ikke kunne gjøres noe for pasienten. En sykepleier sier hun velger å holde avstand til pasienten for å skjule at hun blir trist og lei seg på vedkommendes vegne. Hun ønsker å engasjere seg og vil pasientens beste, men trekker seg unna for å kunne håndtere situasjonen bedre. Flere av sykepleierne gir uttrykk for at det er viktig å ha kontroll på egne følelser, fordi det er pasienten det handler om. En av de uerfarne sykepleierne skildrer følelsen hun har før pasienten er informert:

*Fokusgruppe 1: Det er hjerteskjærende å stå i en sånn situasjon. Vi ser jo at det er en forferdelig situasjon de kommer til å være i. De minuttene og sekundene etter at de har fått beskjed om at vi kunne ikke operere deg, det er ingenting å gjøre, du skal dø. Det å kjenne på at de potensielt får disse følelsene, det kan være overveldende.*

Den samme sykepleieren forteller om en situasjon hvor hun mistet kontrollen når hun sanset at pasienten forsto at det ikke hadde gått bra. Hun hadde lite erfaring og ble presset

til å si for mye før kirurgen hadde informert pasienten. Følelsene overvældet henne og relasjonen til pasienten var ødelagt og kunne ikke gjenopprettes. Det koster å holde følelsene under kontroll, som denne erfarne sykepleieren fra en annen gruppe sier:

*Fokusgruppe 3: Jeg bruker litt krefter på å holde maska, synes så synd på de, og da blir jeg så bevisst når de følelsene kommer. Nå må du skjerpe deg, sier den indre stemmen, nå må du ikke se så sørgmodig ut. Kanskje man ubevisst unngår øyekontakt.*

I en av gruppene har flere av sykepleierne erfaring med at eldre pasienter ofte ikke stiller så raskt spørsmål om resultatet av operasjonen, men innordner seg og venter til legen har tid til å informere. Når pasienten er ung føles det mer meningsløst, kanskje har det mye med identifisering å gjøre, og at det gjør at sykepleierne kjenner seg mer sårbare. En sykepleier mener dagsformen er viktig, hun beskriver det som en «av» og «på» knapp. Hun mener det krever mye å takle kompliserte situasjoner hvor pasienten venter på viktig og avgjørende informasjon. Hvis hun er «av» og har en dårlig dag, er sjansen stor for at pasienten merker at hun ikke er tilstede og relasjonen vil bli dårlig.

#### **4.2.3 Være en god sykepleier**

Sykepleierne sier det er utfordrende å ikke kunne være den gode sykepleieren når de møter pasienten etter en operasjon som ikke har gått som planlagt. Det innebærer blant annet å sørge for en god oppvåkning. Når pasienten kommer fra operasjon blir mange av sykepleiernes oppgaver tilnærmet like for en postoperativ pasient hvor alt har gått som planlagt. Fokuset er rettet mot å sørge for at pasienten er stabil og å unngå komplikasjoner etter narkose og kirurgi, og dette innebærer praktiske oppgaver som å koble til overvåkningsutstyr, få oversikt over utstyr og tilganger anlagt peroperativt, samt foreta nødvendige observasjoner og dokumentasjon av vitale parametre.

Sykepleierne mener de har et stort ansvar for å legge trygge rammer rundt pasienten i tiden før han blir informert. Dette innebærer at pasienten er optimalt smertelindret, ikke er plaget av kvalme og får en rolig og kontrollert oppvåkning. Etter noen timers søvn er pasienten i bedre form, ikke kavete og urolig som visse pasienter kan være ved ankomst hvor de



fortsatt er påvirket av narkosen. Sykepleierne velger i størst mulig grad å la pasienten få ro og hvile, men har samtidig en ekstra varhet på å håndtere behovet for informasjon når det melder seg. Når pasienten er rolig og trygg mener sykepleierne han vil takle de dårlige nyhetene bedre. De mener det er best for pasienten å få informasjon når han er helt våken, da er sjansen størst for at han får med seg det kirurgen sier og forstår betydningen av det. To sitater illustrerer dette

*Fokusgruppe 1: Vi konsentrerer oss først og fremst om å overvåke pasienten, klinisk sett skal vi ha en stabil pasient. Det er det som først og fremst er i fokus, til pasienten tar det opp og jeg ser at pasienten trenger informasjon.*

*Fokusgruppe 3: De skal få lov til å våkne, de har vært igjennom et inngrep uansett og de er påvirket av medikamenter. Det er ikke sikkert at alle er klar for å få beskjed med en gang.*

Sykepleierne uttrykker et oppriktig ønske om å ivareta pasienten. Det krever ekte engasjement og tilstedeværelse, ha evne til å sette seg inn i pasientens situasjon for å finne ut hvordan han kan ha det. En sykepleier sier:

*Fokusgruppe 2: Det er deres livs tøffeste situasjon, så det krever at man er tilstede så godt man kan, det er en veldig utfordrende situasjon.*

Selv om ikke sykepleierne kan gi de svarene pasienten ønsker, kan de sørge for å skape tillit slik at han likevel føler seg ivaretatt. De vet pasienten har mange tanker i hodet når han våkner, og dette må de prøve å ta tak i. En sykepleier sier hun bruker tid til å søke etter hva pasienten virkelig er opptatt av og hvor mye han ønsker å snakke, hvis det er mulighet for det. To erfarne sykepleiere beskriver sin tilnærming slik:

*Fokusgruppe 1: Jeg tenker på det gamle uttrykket, «å skynde seg langsomt». Ja, en sånn forsiktig tilnærming.*

*Fokusgruppe 3: Det krever jo ekstrem finfølelse å prøve og tørre å tilnærme. Jeg prøver å være ytterligere bevisst på hva er det du faktisk sier, spørre og observere. Åpner for at jeg kan ta imot hvis de vil komme med noe. Hvis man er litt fintfølende og har tid, så kan man få tak i det som ligger bak. Det kan være en hjelp iallefall.*

Flere av sykepleierne uttrykker et ønske om å inngi trygghet slik at pasienten kjenner seg rolig og kan snakke fritt. De vil at pasienten skal forstå at de er opptatt av det som er viktig for han. En sykepleier tror at bare ved å være tilstede, vil pasienten føle seg trygg, og da er det ikke sikkert han stiller de vanskelige spørsmålene. Et sitat sier mer om dette:

*Fokusgruppe 3: Jeg bruker muligheten til å være i nærheten av pasienten, la han få mulighet til å stille spørsmål. Det blir kunstig å bare sette meg å vente. Så kan man si: «Jeg sitter her ved sengen din hvis det er noe du lurer på, så kan du ta kontakt med meg». Du gir et tilbud.*

I tillegg fremhever noen av sykepleierne evnen til å lytte og bekrefte, slik at pasienten føler seg sett og hørt. Dette innebærer en risiko for at de får direkte spørsmål om hvordan operasjonen har gått, men å være tilgjengelig utgjør en risiko de mener de må være villig til å ta. En sykepleier uttrykker det slik:

*Fokusgruppe 1: Du skal være der og da for pasienten, og du må stå i det, og da nytter det ikke å være stykkevis og delt og halvveis på vei ut av døra.*

Ingen av sykepleierne mener de har ansvar for å fortelle pasienten at operasjonen ikke har gått bra. De har ikke sett med egne øyne det kirurgen har sett, de vet bare at kreftsvulsten ikke kunne fjernes. Flere av sykepleierne gir også uttrykk for at de er redde for å komme til å gi pasienten feil informasjon fordi de mangler detaljer om det kirurgiske. Det kan oppstå en usikkerhet rundt hvordan tiden blir videre for pasienten, og mange av sykepleierne tenker pasienten ikke har så lenge igjen å leve. Men de regner med at ansvarlig kirurg vet alt om kreftdiagnosen, det kirurgiske og planer for videre behandling, som en sykepleier sier:

*Fokusgruppe 3: Vi vet noe pasienten ikke vet, men det er mye vi ikke vet. Det er ikke nødvendigvis helt svart fordi det er inoperabelt. Jeg vet ikke det kirurgen vet, det kan være en trøst. Det er viktig at pasienten ikke tror at alt håp er ute, at vi ubevisst skal formidle det. Kirurgen har informasjon som kan gi håp, som vi ikke har.*

Uavhengig av pasientens almenntilstand, er det viktig for sykepleierne å ikke ta håpet fra pasienten, og en visshet om at det alltid kan være et håp blir dermed en trøst for sykepleierne før kirurgen har informert pasienten. Noen av sykepleierne har erfaring med at en inoperabel kreftsvulst i noen tilfeller kan krympes med stråling eller cellegift og bli mer tilgjengelig for kirurgi på et senere tidspunkt, det kan gi pasienten gode utsikter likevel. Andre ganger kan pasienten få behandling som bremser svulstens utvikling og holder sykdommen under kontroll over lengre tid. Men på forhånd vet ikke sykepleierne hvilke planer kirurgen har for den enkelte pasient, om han har et ess i ermet. Det faktum at sykepleierne ikke vet noe om videre behandling, kan bidra til at de opprettholder et håp om at pasienten kan tilbys mer behandling, og situasjonen blir dermed ikke så brutal og endelig. Noen har erfaring med at kirurgen kan ha behandling som kan gjøre pasienten frisk, men oftest er hensikten å gi lindring og tid til å akseptere situasjonen og forberede livet videre. Og tiden blir både en trøst for sykepleierne og en trøst de håper vil være til hjelp for pasienten senere. Et sitat utdyper dette:

*Fokusgruppe 1: De får gradvis venne seg til at det ikke kommer til å gå bra. Det blir et halmstrå, det er jo å forlenge livet, det er ikke snakk om kurativ behandling. Men alle vil jo leve lengst mulig, så de griper jo den og legger et håp rundt den.*

I alle gruppene blir det diskutert hvor viktig det er å skjerme pasienten som skal få en dårlig beskjed. I en gruppe har sykepleierne erfaring med en kirurg som alltid ønsker å informere pasienten på enerom. Det innebærer merarbeid for sykepleierne med å flytte pasienten med seng og overvåkningsutstyr, men de ser nytten av at pasienten får være alene når han mottar informasjon om dårlig prognose. I de andre gruppene har ikke sykepleierne muligheten til å flytte på pasienten, og de opplever det frustrerende når pasienten må informeres med mange pasienter rundt som kan høre. I tillegg er det mye

støy på en overvåkningssal med alarmer, telefoner, personell og pårørende som kommer og går, og dette er også faktorer som forsterker deres følelse av at miljøet rundt pasienten blir langt fra optimalt. En av de uerfarne sykepleierne sier hun reagerer på kollegaer som spøker og ler i avdelingen når hun har en pasient som ligger og venter på dårlige nyheter. Det blir heller ikke tilfredsstillende når sykepleierne har flere pasienter de skal ta seg av samtidig, og må gå i fra pasienten for å utføre andre arbeidsoppgaver.

Tiden sykepleierne har sammen med pasienten blir diskutert i en av gruppene. Den korte tiden pasienten befinner seg i postoperativ avdeling oppleves som begrensende for enkelte. Hvis pasienten er engstelig og redd og får følelsesmessige reaksjoner, får de ikke tid til å følge det opp på en god måte. For flere forplikter det å følge opp hvis de først har involvert seg, derfor avstår de heller, og overlater det til sykepleierne på sengepost. Men andre behøver ikke lang tid for å kunne engasjere seg i pasienten, de ønsker å ta ansvar uansett hvor mye tid de har, en erfaren sykepleier ønsker ikke for stort fokus på tiden:

*Fokusgruppe 1: Du kan inngi trygghet, selv om oppholdet er to timer. La pasienten prate, og ikke tenke så mye over om det er en til to timer til han flytter. Det øyeblikket kan være veldig verdifullt, og jeg har mange ganger en god følelse for den stunden, selv om resultatet ikke var som ønsket og oppholdet var kort. Det at man holder fast på at man er tilstede og er lyttende, og se hva som dukker opp av tankene deres. Det tror jeg er viktig for en selv i denne jobben.*

Sykepleierne i denne gruppen diskuterer også hva det betyr å være forberedt i møte med pasienten. En av de uerfarne sykepleierne mener det hjelper å vite litt om pasienten på forhånd, hun prøver å lese i pasientens journal, hvis det er tid, for å være bedre rustet. Men en av de mer erfarne sykepleierne i gruppen mener det ikke spiller noen rolle å kjenne til pasientens forhistorie, hun vil heller møte pasienten der og da. Det diskuteres frem en enighet i gruppen om at møtene med pasienter i slike situasjoner vanskelig kan forberedes. Med erfaring mener en sykepleier at det har blitt lettere å håndtere situasjonene, hun er tryggere og kjenner seg selv bedre. Flere av de mer erfarne sykepleierne sier at de nå kan ha større fokus på pasienten og ikke er så redde for å få spørsmål de ikke kan svare på.

### 4.3 Behov for råd og anerkjennelse

Sykepleierne i studien beskriver situasjonen hvor pasienten ikke vet at operasjonen ikke har gått som forventet, som ekstremt utfordrende. Følelsen av å ikke kunne gjøre noe som hjelper pasienten, ønsket om å ikke gjøre situasjonen verre, og ta ansvar for at informasjonen blir gitt til rett tid, er tidligere beskrevet. Sykepleierne gir alle uttrykk for at møtene gjør inntrykk, de lar seg berøre og føler seg maktesløse og rådville. På slutten av intervjuet blir de utfordret til å diskutere hvordan de bearbeider inntrykkene, da det er kjent at det er nyttig å gjennomgå følelsesmessige utfordringer i etterkant.

Sykepleierne sier de må dele opplevelsen umiddelbart etterpå, da vil belastningen uansett bli mindre. Noen faktorer nevnes som avgjørende for hvor omfattende denne gjennomgangen blir. En sykepleier sier at situasjonen vil farges av hvem hun har stått i situasjonen med. Hvis hun har hatt kollegaer i nærheten som hun kjenner godt, føler seg trygg på og som er kjent med settingen, blir det lettere. Det er mest naturlig og tidsbesparende og dele opplevelsen med dem, fordi da behøver hun ikke å bruke tid på å forklare detaljer og lignende. En annen sykepleier sier at det ofte bare blir tid til et utløp for frustrasjon på vaktrommet etterpå, uten at det blir noen diskusjon ut av det, og da er det kollegaer som ikke kjenner til pasienten som får høre på.

Samtlige av sykepleierne ønsker å ha noe å ta med seg videre, men situasjonene beskrives som komplekse, og de er ulike fra gang til gang. Men flere gir uttrykk for at de ønsker å bli bedre til å håndtere situasjonen, det optimale hadde være en fasit som hadde gjort det enkelt og problemfritt. Men de vet at når de står i situasjonen neste gang vil det bli like vanskelig, det blir aldri en vane, uansett hvor lang erfaring de har. To sitater fra henholdsvis en erfaren og en uerfaren sykepleier illustrerer dette:

*Fokusgruppe 1: Jeg kjenner veldig på at man mangler en oppskrift. Det er den varheten hver gang, hvordan løser man dette? Hvordan starte? Hvordan møter man pasienten? Hvordan avslutter man dette her?*

*Fokusgruppe 2: Man trenger råd og veiledning, det er ikke bare å snakke om hvordan du har opplevd situasjonen. Var det greit det jeg gjorde og sa? Hva kunne jeg gjort annerledes? Hva kan jeg gjøre for at det blir bedre neste gang?*

I en av gruppene hvor flest var erfarne sykepleiere, legger sykepleierne vekt på at de aldri er redde for å håndtere situasjonene feil, da de vet at det alltid vil oppleves ulikt for den enkelte. I deres avdeling er de flinke til å utnytte hverandres styrke og erfaringer, slik at situasjonene blir brukt konstruktivt. Situasjonene tas opp i etterkant til faglige diskusjoner, slik at alle kan lære av det og sykepleierne i denne gruppen mener at på den måten vil ingen føle seg hengt ut.

En annen sykepleier i den samme gruppen har erfaring med refleksjon i grupper og trekker frem nytten av dette, selv om dette krever mer tid enn en spontan gjennomgang av situasjonen. I to av gruppene forteller flere sykepleiere at de har hatt tilbud om veiledning, og gjennom dette har de fått nyttige teknikker som har gitt dem mer å spille på. Men veiledning er ikke der og da. En sykepleier uttrykker at for henne er det viktig å ikke måtte vente flere måneder før hun får bearbeidet situasjonen. En annen sykepleier forteller at hun er med i en ressursgruppe med fokus på bekreftende kommunikasjon, hvor sykepleierne lærer seg å bruke nøkkelord for å få tak i hva pasienten tenker på.

De fleste bruker kollegaene som er i nærheten til å snakke med, etter at de har stått i situasjoner med pasienter som ikke er informerte, men en av de uerfarne sykepleierne sier hun ønsker det hadde vært enda større rom for å snakke om situasjonene i etterkant. Hun sier hun gjerne velger ut den kollegaen det er lettest å snakke med, fortrinnsvis en med lengre erfaring. Men hun er redd for å være til bry og bruke av vedkommendes tid. En av de mer erfarne sier derimot at hun føler alltid det er noen hun kan snakke med. Hun har jobbet lenge i avdelingen og kjenner kollegaene godt. Det gjør at hun kan være seg selv og ikke er redd for å be om innspill og råd fra andre. Hun mener det er nyttig å få et annet perspektiv fra en kollega, og føler seg ikke mindre flink av den grunn. En annen med lang erfaring fra samme gruppe, sier hun en gang opplevde at en nyansatt sykepleier taklet en situasjon bedre enn henne. En uerfaren sykepleier sier det hjelper henne å snakke med

kirurgen etterpå hvis hun lurer på noe, hun utdyper ikke om det da går på forklaring om det rent kirurgiske eller hvordan hun har håndtert situasjonen. En av de erfarne sykepleierne fremhever betydningen av å ikke ha for stort fokus på det negative i situasjonen, for da vil hun brenne seg ut. Hun ønsker å se at det hun gjør for pasienten er av betydning og kan gjøre en forskjell. Det å kunne være tilstede for pasienten i en spesiell og avgjørende fase i livet, mener hun er viktig for å vende situasjonen til en positiv opplevelse.

## 4.4 Oppsummering

Sykepleierne i studien gir uttrykk for at de befinner seg i et spenningsfelt i møte med pasienten før han er informert etter en operasjon som ikke har gått som planlagt. De beskriver ivaretagelsen av pasienten i dette tidsrommet som en balansekunst mellom å være i det uforløste og ha et ønske om å være profesjonell. Denne balansekunsten innebærer på den ene siden å ikke avsløre for pasienten at de vet hvordan operasjonen har gått, og samtidig måtte håndtere at pasientens har behov for å vite, og stiller direkte spørsmål om utfallet av operasjonen. På den andre siden kjenner sykepleierne en frustrasjon over å ikke kunne gjøre noe for pasienten, de føler seg ikke profesjonelle når de sier de ikke vet hvordan operasjonen har gått, og kan velge å ha et ekstra fokus på overvåkingen og skjuler følelsene for å slippe unna pasientens spørsmål. Men de ønsker likevel å gjøre noe som hjelper, tilstedeværelse og nærvær blir nevnt, og betydningen av å bare være hos pasienten for å skape trygghet. Sykepleierne har behov for å bearbeide situasjonene i etterkant, det nevnes flere måter å gjøre dette på, alt fra en spontan gjennomgang, refleksjon i grupper, veiledning, ressursgrupper og faglige diskusjoner. De erfarne sykepleierne synes å være tryggere i situasjonene, og har lettere for å søke råd og innspill hos kollegaer i etterkant enn de uerfarne.

## 5. DISKUSJON

Studiens hovedfunn er delt i tre punkter som kan oppsummeres slik:

- Sykepleierne befinner seg i en uforløst situasjon hvor de ikke må avsløre for pasienten at operasjonen ikke har gått bra, samtidig som de skal håndtere pasientens behov for å vite resultatet av operasjonen.
- Sykepleierne ønsker å være profesjonelle når de ivaretar pasienten ved å mestre overvåkningen, ha kontroll på egne følelser, inngi tillit og bevare håp for pasienten.
- Sykepleierne har behov for å bearbeide situasjonene i etterkant med debriefing, veiledning og faglige diskusjoner.

I dette kapitlet vil studiens hovedfunn bli diskutert i lys av Kims pasient - sykepleier domene. Kim (2010) hevder at det oppstår ulike fenomen som kontakt, kommunikasjon og interaksjon i møte mellom pasient og sykepleier. Betydningen av disse fenomen har tre ulike fasetter, terapi, middel og omsorg, hvor terapien står for et ønsket resultat, midlet er den direkte sykepleien, og omsorgen er det som skjer mellom sykepleier og pasient. De tre fasettene er vevd sammen og er alle tilstede i situasjonen, men tyngden av hver enkelt vil variere. I diskusjonen vil jeg se på hvilke fenomen som oppstår i møtet mellom sykepleier og pasient i tidsperioden hvor sykepleierne vet utfallet av operasjonen og pasienten ennå ikke har fått informasjon om hvordan det har gått. Refleksjon over og betydningen av disse fenomen, vil kunne vise hvordan de bidrar til hvordan sykepleierne håndterer ivaretagelsen av pasienter med inoperabel kreft i tiden før de har fått informasjon. Sykepleierne balanserer mange parallelle oppgaver samtidig, de tenker, vurderer og handler i en kontinuerlig prosess, og mye av det som skjer i samspillet med pasienten i denne tidsperioden overlapper og griper inn i hverandre. Tanken er likevel å forsøke og trekke frem og belyse noen spesifikke fenomen, først i fasen hvor sykepleierne tilnærmer seg og kommer i kontakt med pasienten, og deretter når de tar valg og handler, som profesjonelle



og som medmennesker. Situasjonen sykepleierne står i preges av at viktig informasjon holdes tilbake, dette vil begrense muligheten til å utveksle tanker og følelser med pasienten og vil påvirke relasjonen. I diskusjonen vil de to første hovedfunnene bli mest vektlagt og får størst plass i diskusjonen, i tillegg vil også betydningen av lengde erfaring med problestillingen bli belyst.

Situasjonen til sykepleierne i denne studien står i sterk kontrast til hvordan et første møte med pasienten etter operasjon er til vanlig. Ved mottak av en pasient som kommer til postoperativ avdeling etter en operasjon som har gått som planlagt, vil det være naturlig for sykepleierne å ta direkte kontakt med pasienten selv om han sover ved ankomst. Dette innebærer at de presenterer seg for pasienten, informerer om at operasjonen er ferdig og at alt har gått bra. Samtidig vil de også kunne berøre pasienten, ved å gi han et klapp på kinnet, mens de forsikrer om at de er i nærheten og passer på han hele tiden. Fortløpende og parallelt med dette gjøres observasjoner og vurderinger i forhold til om pasienten har smerter, fryser eller har annet ubehag, og nødvendige tiltak kan iverksettes. Andre praktiske oppgaver er å gi pasienten ekstra surstoff, koble til overvåkningsutstyr, kjenne på pasientens hender og føtter og dokumentere vitale parametre. Sykepleierne har underveis mulighet til å informere pasienten om alt det som skjer rundt og med han, for å skape trygghet. De kan sørge for at pasienten får en rolig oppvåkning, ha en åpen dialog og føle seg trygge på å takle alle spørsmål fra pasienten. Hvis de ikke kan gi pasienten svar, kan de forsikre om at kirurgen vil gi mer detaljert informasjon om operasjonen senere. Situasjonen vil bære preg av ro og en viss grad av forutsigbarhet, og at sykepleierne hele tiden kan være nær, inngi tillit og få pasienten til å føle seg trygg og ivaretatt.

## 5.1 Være i det uforløste

Studiens funn viser at sykepleierne befinner seg i en spenningsstilstand når de møter pasienten som ikke er informert, en situasjon som preges av en uforløst sannhet. Dette innebærer at sykepleierne både må vokte seg for å ikke avsløre det de vet, og samtidig være forberedt på å takle pasientens spørsmål om hvordan operasjonen har gått. Å holde

sannheten tilbake blir av enkelte regnet som å lyve, andre mener de gjør dette for å skåne pasienten. Situasjonen sykepleierne befinner seg i når de ikke kan gi pasienten den informasjonen han ønsker kan derfor betegnes som et etisk dilemma. Aadland (2006) hevder at et etisk dilemma kjennetegnes av valg mellom to eller flere dårlige løsninger, hvor det ikke åpenbart finnes en god løsning, og hvor personlige verdier og normer blir satt opp mot hverandre. Det må sies å eksistere et valg for sykepleierne mellom å fortelle sannheten eller holde den tilbake, men det synes imidlertid ikke å være et alternativ for noen å fortelle pasienten det de vet. Valget faller i stedet på å få ansvarlig kirurg til å komme og gi pasienten nødvendig informasjon om utfallet av operasjonen. Et eksempel fra forskningen som kan understreke følelsen sykepleierne kjenner på når de ikke kan gi svar på pasientens spørsmål, er studien til McLennon et al (2012). I denne studien deltok onkologiske sykepleiere ved å fylle ut spørreskjema, og hensikten var å beskrive deres erfaringer med omsorg for og kommunikasjon med pasienter med alvorlig prognose. Et dilemma disse sykepleierne beskriver er når de ikke kan fortelle sannheten, og at det da blir vanskelig å være ærlig og gi enkle svar til pasienten. Flere av sykepleierne i min studie gir uttrykk for at de er usikre på hva loven sier, men de har likevel klart for seg at de som sykepleiere ikke skal gi informasjon når pasienten er inoperabel for kreft, fordi det krever god innsikt i det kirurgiske, prognose og muligheter for videre behandling. Men de er likevel forberedt på, og tar sitt ansvar ved å møte pasientens behov for informasjon.

### **5.1.1 Betydningen av erfaring ved tilnærming til pasienten**

Lengde erfaring med problemstillingen kan synes å være avgjørende for hvordan sykepleierne i studien vurderer sin tilnærming til pasienten som ikke er informert om utfallet av operasjonen. Utvalget besto av sykepleiere med stor spredning i erfaring, fra 1.5 til 34 år, med problemstillingen. Hvordan sykepleierne beskriver sine erfaringer fra slike situasjoner reflekterer de fem ferdighetsnivåer som Benner (1995) har skrevet om. Benner beskriver utviklingen av ferdigheter i sykepleiepraksis i fem nivåer, fra novise til ekspert. Novisen er uten erfaring og kan ikke håndtere det uforutsette i situasjonen. Den avanserte nybegynner kan huske og repetere det som er lært i lignende situasjoner. Den kompetente har noen års erfaring, planlegger bevisst og kan se følgende av sine handlinger i et mer langsiktig perspektiv. Den kyndige tenker helhetlig, ser sammenhenger og handler etter erfaring.

Eksperten har intuisjon til å kunne handle i enhver situasjon, gjenkjenner og sanser presist, men vet ikke hvorfor han handler som han gjør. Ingen av sykepleierne i studien var noviser på tidspunktet hvor intervjuene ble gjennomført, men en uerfaren sykepleier forteller om et pasientmøte fra tiden hvor hun var ny og ikke hadde erfaring med pasienter med inoperabel kreft i postoperativ avdeling. Pasienten var godt innsatt i sin sykdomstilstand og forlangte svar på hvordan operasjonen hadde gått, og hun ble presset til å fortelle at kirurgen ikke hadde fått gjort så mye, fordi hun ikke så noen annen måte å håndtere situasjonen på. Bortsett fra dette eksemplet, kan utvalget sies å representere alle de fire neste nivåene. Eksempler på dette er den erfarne sykepleieren som beskriver sin tilnærming til pasienten som ikke vet hvordan operasjonen har gått som forsiktig, hun bruker tid, har en varhet for hvor pasienten er i tankene sine, og ser betydningen av å bare være tilstede uten å si noe. En annen erfaren mener det kreves en ekstrem finfølelse å våge og tilnærme seg pasienten i tiden før han er informert. Disse to er eksperter, med henholdsvis 27 og 34 års erfaring med pasientgruppen, de har intuisjon, sanser og venter inn pasienten uten å måtte ha en bestemt fremgangsmåte på hvordan de skal håndtere situasjonen. I motsetning til dette sier en av de uerfarne, som kan betegnes som kompetent med fire års erfaring, at hun prøver å forberede seg ved å lese i pasientens journal på forhånd, i håp om å finne noe der som kan hjelpe. Det synes som om hun med dette ønsker å legge en plan for hvordan hun skal møte pasienten. Det er imidlertid ikke helt enten eller i forhold til hvilken betydning erfaring har i møte med pasienten. Den mest uerfarne sykepleieren, med et og et halvt års erfaring, sier hun bevisst velger å gjøre seg tilgjengelig ved å sette seg ned ved siden av pasienten, og gir han dermed et tilbud hvis han vil snakke. Kanskje er dette et uttrykk for at det også kreves en viss grad av personlig mot å våge og tilnærme seg pasienten som ikke er informert, et mot som ikke kan tilegnes med erfaring, men som enkelte bare har. Det er også verdt å merke seg at flere sykepleiere, med ulik lengde erfaring, nevner at pågående pasienter oppleves som ekstra krevende, og en mener også at dagsformen kan være avgjørende i møtet med pasienten. Det er derfor grunn til å tro at det kan være mye i samspillet med pasienten som avgjør hvordan sykepleierne håndterer situasjonen, og at det ikke bare er avhengig av erfaring.

### 5.1.2 Betydningen av distanse og språk når sannheten ikke må avsløres

Berøring og distanse er aspekter ved fenomenet kontakt (Kim, 2010). Disse kontrastene reflekterer sykepleiernes møte med pasienter som fortsatt er uvitende om utfallet av operasjonen. Flere sykepleiere nevner at de trekker seg litt unna pasienten, ikke fysisk, for de må være i nærheten på grunn av overvåkingen, men det blir en distanse ved at de lar pasienten være mest mulig i fred. Noen velger å skape distanse ved å ha ekstra fokus på overvåkingen, og håper med det at pasienten forstår at de er opptatte, og dermed slipper de kanskje å svare på spørsmål om hvordan operasjonen har gått. Et eksempel på dette er den uerfarne sykepleieren som bruker tid på å sjekke innstillingen på en infusjonspumpe en ekstra gang, selv om hun vet at den er helt i orden. En av de erfarne sykepleierne sier hun bruker tid på å fortelle pasienten at alt har gått bra med narkosen for å utsette spørsmålet hun vet pasienten vil stille om resultatet av operasjonen. Når pasienten er helt eller delvis våken kan sykepleierne være unnvikende i måten de snakker om operasjonen på, eller velge å ikke svare på direkte spørsmål fra pasienten, dermed skapes en distanse ved at sykepleierne fjerner seg fra det de vet er viktig for pasienten. Det er vesentlig å merke seg at sykepleierne alltid venter til pasienten tar initiativ til å stille spørsmål, de spør aldri pasienten om hvordan han har det eller om han lurte på noe. Disse manøvrene fører til at sykepleierne opprettholder en distanse, og får ikke den nærheten til pasienten som når operasjonen har gått bra. Sykepleierne har erfaring med at pasienten når som helst kan spørre om hvordan operasjonen har gått, så derfor er de tidlig forberedt på spørsmålene de vet vil komme. Selv om flere uttrykker et ønske om å være nær og tilgjengelig for pasienten i tiden før han blir informert, blir det et paradoks at de fleste ser seg nødt til å velge bort nærheten for å kunne takle situasjonen bedre.

Sykepleierne håndterer overvåkingen trygt og sikkert uavhengig av hvor lang erfaring de har, hvilket utfall operasjonen har fått, og det at de må holde distanse til pasienten for å slippe unna spørsmål. Men en sykepleier sier at hun kun konsentrerer seg om at pasienten er vekkbare og puster greit i den første tiden, det er alt som skal til for at hun har kontroll og regner overvåkingen som sikker. Når pasienten er blitt funnet inoperabel for kreft vil oftest det kirurgiske inngrepet bli mindre enn planlagt, dermed minsker risikoen for kirurgiske komplikasjoner, selv om faren likevel alltid vil være tilstede. Når sykepleierne velger å la

pasienten få ro og sove til han våkner av seg selv, kan det begrense muligheten til å fange opp tidlige signaler på at pasienten for eksempel har indre blødninger. Dette vil sykepleierne tidlig kunne oppdage ved å løfte på dynen, observere blødning i operasjonsbandasjer, økt buk-omfang, eller at pasienten blir kaldere perifert. Pasienten har også vært kortere tid i narkose, men det tilsier ikke at faren for komplikasjoner minsker eller uteblir, pasienten kan likevel for eksempel få respirasjonsstans. Når sykepleierne velger en distansert overvåkning, vil de riktignok raskt kunne konstatere at pasienten slutter å puste, men hadde de vært tettere på pasienten hadde de tidligere fanget opp signalene, og kunne forhindre at tilstanden hadde utartet seg.

Språk både verbalt og nonverbalt er et aspekt ved fenomenet kommunikasjon (Kim, 2010). Dette sier noe om hvordan sykepleierne velger å uttrykke seg når de ikke må avsløre for pasienten at de vet utfallet av operasjonen. I samspillet med pasienten kan sykepleierne kjenne seg tvunget til å gi et svar hvis de får direkte spørsmål fra pasienten. En erfaren sykepleier beskriver fortvilelsen over å ikke vite hva hun skal si når pasienten spør direkte, hun blir svar skyldig. Det blir vanskelig å finne de rette ordene når hun ikke bare kan være ærlig å si det som det er. Men denne sykepleieren har også lært bekreftende kommunikasjon, hvor hun kan ta i bruk nøkkelord for å få tak i hva pasienten tenker på. Noen av sykepleierne sier også at de ofte hviker når de snakker om noe som har med operasjonen å gjøre, fordi de er redde for at pasienten skal høre. Sykepleierne kjenner på en udefinert spenning i samspill med pasienten i ventetiden før informasjonen blir gitt, hvor det ikke bare gjelder å vokte sine ord. For sykepleierne lykkes med å holde på sannheten ved å velge sine ord med omhu og tenke seg om før de svarer, slik at de ikke kommer i skade for å forsnakke seg. Men sykepleierne mener likevel at de ubevisst kan formidle til pasienten at de vet. For i dialog med pasienten er de redd for at sannheten også kan avsløres gjennom det de nonverbalt formidler til pasienten. De vil alltid formidle noe, da det ikke er mulig å ikke kommunisere. Eksempler på dette er den erfarne sykepleieren som sier hun er ekstra oppmerksom på kroppsspråket sitt ovenfor pasienten, uten at hun utdyper dette nærmere, og en annen sier at hun prøver å unngå øyekontakt med pasienten. Flere sier at det gjør noe med dem når de får vite at pasienten er inoperabel, og mener at dette synes på dem. Selv om de prøver å holde masken og ikke vise pasienten at de er lei

seg på hans vegne, blir det vanskelig å skjule at de synes det er trist at operasjonen ikke har gått som forventet. Sykepleierne begrunner denne frykten for å avsløre seg med at de på flere måter sanser at pasienten forstår at operasjonen ikke har gått som planlagt, selv om de ikke sier noe om det. En av de uerfarne forklarer dette med at hun er god til å lese andre, og tilegner derfor pasienten den samme egenskapen. Hun mener også dette skyldes at pasienten har sansene ekstra skjerpet etter operasjonen, og er ekstra var for sykepleiernes ord og uttrykk, og for det uuttalte.

### **5.1.3 Betydningen av å ikke kunne gi pasienten tilpasset informasjon**

Utveksling og tilpasning av informasjon er også aspekter ved fenomenet kommunikasjon (Kim, 2010). Selv om loven sier at sykepleiere har et ansvar for å gi pasienten tilpasset informasjon (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011), har sykepleierne i min studie en klar oppfatning om at de ikke skal informere pasienten om operasjonen når prognosen er dårlig. Informasjonen må gis av ansvarlig kirurg, og sykepleiernes oppgave blir å få vedkommende til å komme. Eksempler fra forskningen støtter betydningen av at pasienter får nødvendig informasjon etter en operasjon. I den systematiske oversiktsartikkelen til Suhonen og Leino-Kilpi (2006) ble 58 artikler gransket, hvor to tredjedeler var kvantitative studier, en tredjedel kvalitative, og i tillegg var det tre oversiktsartikler. Resultatet viste blant annet at kirurgiske pasienter opplever mindre angst og frykt når de får informasjon etter en operasjon, og dermed takler de sykdom og videre behandling bedre. I studien til Grønnestad og Blystad (2004) ble åtte pasienter som hadde gjennomgått planlagte operasjoner, med eller uten kreftdiagnose, intervjuet før hjemreise. Noe av det som ble funnet i denne studien, var at fordrøyd informasjon etter en operasjon kan bidra til at pasienten mistenker at noe er galt. Dette kommer også frem i min studie, hvor flere av sykepleierne føler seg ekstra presset når pasienten blir engstelig av å vente på informasjon fra kirurgen. I slike tilfeller vil det være utilfredsstillende for sykepleierne å fylle ventetiden med unødig informasjon som ikke har direkte med operasjonen å gjøre.

Selv om sykepleierne er enige om at kirurgen må informere pasienten om operasjonen, kjenner de likevel på en frustrasjon over å ikke kunne gi pasienten den informasjonen han ønsker. Et eksempel er sykepleieren som kjenner på et innvendig adrenalin når hun både

må vente på kirurgen, og være avhengig av at vedkommende skal gi pasienten nødvendig informasjon. Men sykepleierne er hos pasienten hele tiden på grunn av overvåkingen, og kan derfor avgjøre på hvilket tidspunkt pasienten er klar til å få informasjon. Så de velger i stedet å ha fokus på en tilpasning av informasjonen, og dette kan ses på som en kompensasjon for at de ikke selv kan gi pasienten informasjonen han ønsker. Andre studier støtter sykepleiernes oppfatning om at kirurgen må komme tidlig hvis pasienten ønsker informasjon etter en kreftoperasjon. Et eksempel er studien til Worster og Holmes (2009) ble 20 pasienter intervjuet etter at de var utskrevet fra sykehus, om sine postoperative erfaringer etter planlagte kreftoperasjoner. Funn fra denne studien viste at pasienter føler lettelse når de våkner etter narkosen, men de har et stort behov for å få vite hvordan operasjonen har gått. I min studie kommer det frem at det ligger utfordringer i å se den enkelte pasientens behov for informasjon, og at informasjonen ikke bare skal gjøres unna for at sykepleierne skal slippe å kjenne seg stresset. Et eksempel er den erfarne sykepleieren som tar seg tid til å finne ut hvor mye pasienten faktisk ønsker å vite. Sykepleierne sørger riktignok for at pasienten får informasjonen når han ber om det, men det blir opp til ansvarlig kirurg å formidle budskapet på sin måte. Det vil derfor være en gevinst når sykepleierne kan bidra til at timingen blir optimal ved å skynde seg langsomt og velge tidspunktet for informasjon med største omhu.

Sykepleierne synes å legge store forhåpninger i at pasienten skal være forberedt på dårlige nyheter når de våkner. Dette gjør situasjonen lettere å håndtere, ved at sykepleierne kjenner seg mindre presset ved å holde avgjørende informasjon tilbake. Sykepleierne prøver derfor på ulike måter å finne ut noe om pasientens forberedthet. Eksempler kan være å lete i pasientens journal etter opplysninger, eller stille spørsmål tilbake til pasienten om hvilken informasjon han har fått av kirurgen på forhånd om operasjonen. En sykepleier tolker at en pasient som er engstelig og urolig ved ankomst kan frykte av operasjonen ikke har gått bra. Men andre studier viser hvordan kreftpasienter kan oppfatte informasjonen som er gitt av kirurgen på forhånd om dårlig prognose. Et eksempel er studien til Kuuppelomäki og Lauri (1998). I denne studien ble pasienter, sykepleiere og leger intervjuet om etiske dilemma ved ivaretagelse av pasienter med inoperabel kreft. I studien deltok 32 pasienter, og alle uttrykte et ønske om å høre sannheten om sin sykdom. Men det kom også frem at pasienter

som har fått informasjon om dårlig prognose før operasjonen, kanskje ikke har forstått betydningen av dette, eller de kan være i sjokk og ute av stand til å ta sannheten innover seg. McLennon et al (2012) fant i sin studie om onkologiske sykepleieres erfaringer med pasienter med alvorlig prognose, at pasienten kan ha fått falske forhåpninger eller misforstått det legen har sagt på grunn av vage formuleringer. Flere av sykepleierne i min studie har møtt pasienter som har blitt informert av kirurgen på forhånd om at det kanskje ikke kan gjøres så mye under operasjonen. Men selv om sykepleierne da synes å føle en lettelse over at pasienten da ikke er helt uforberedt, virker det ikke som de tenker at pasienten kan legge et håp i at kirurgen likevel vil lykkes.

## 5.2 Ønske om å være profesjonell

Sykepleierne ønsker å ivareta pasienten på en profesjonell måte i tiden før han blir informert om utfallet av operasjonen. Når de velger å holde informasjonen tilbake for pasienten, må de istedet ha fokuset på å mestre overvåkingen på en sikker måte, beholde kontroll på egne følelser og skape tillit, inngi trygghet og bidra til å bevare håp for pasienten. Nortvedt (2012) skriver at sykepleiere må mestre balansen mellom nærhet og personlig distanse for å kunne gi profesjonell omsorg, og at det er vesentlig at sykepleierne ikke blir for overveldet av sine egne følelser. Videre hevder Christoffersen (2005) i sin bok at i samspill med pasienten har ikke sykepleiere alltid tid til å reflektere over de handlingsvalgene de tar. I situasjoner hvor sykepleiere møter pasienter som er uhelbredelig syke og det ikke kan gjøres noe, blir sykepleiere utfordret både personlig og som profesjonelle, og de kan komme i kontakt med egne følelser og sårbarhet. Andre studier beskriver også hvordan sykepleiere utfordres i møter med pasienter hvor prognosen er dårlig. Sandvik (2011) har i sin studie intervjuet seks sykepleiere etter at de hadde trent på oppmerksomt nærvær - mindfulness. Noe av det som kom frem i denne studien var at nærvær krever en balanse mellom nærhet til pasienten og profesjonell distanse, og kan bedre relasjonen til pasienten og evnen til å bare være tilstede. Sykepleierne i min studie ønsker å gjøre noe som hjelper pasienten og unngå å gjøre situasjonen verre, men ivaretakelsen synes ofte å bli preget av at sykepleierne trekker seg tilbake for å slippe unna pasientens oppmerksomhet.



### 5.2.1 Betydningen av en sikker overvåkning

Å mestre overvåkningen er vesentlig for sykepleierne, de mener det er viktig å sikre pasienten en trygg og sikker oppvåkning. Selv om utfallet av operasjonen ikke har blitt som forventet, har pasienten vært i narkose og gjennomgått et kirurgisk inngrep, og behøver tid til å våkne og er i like stor grad utsatt for ulike komplikasjoner. Håndtering av overvåkningen mestres godt av alle, men sykepleierne vet at situasjonen også krever at de er tilstede for pasienten, slik at de kan fange opp det som ikke overvåkningsutstyret ser. Dette er funn som også kom frem i to svenske studier. Studien til Wikström et al (2007) hadde fokus på ulike profesjoners perspektiv på teknologi, og åtte sykepleiere fra en intensivavdeling ble intervjuet. Resultatene viste blant annet at hvor godt teknologi blir integrert i omsorg og medisinsk behandling er avhengig av faktorer som erfaring, kunnskap og rutiner i avdelingen. Selv om det tekniske utstyret kan gi sykepleiere større kontroll, bedrer behandlingen og gir pasienten mer ro, er det likevel nødvendig at de også bruker sitt kliniske blikk og er i nærheten av pasienten. Det er ikke nok å stole blindt på teknologien. I studien til Almerud et al (2009) ble åtte sykepleiere ved en intensivavdeling intervjuet om betydningen av omsorg i et teknologisk miljø. Resultatene fra denne studien viste blant annet at sykepleiere ikke kan stole fullstendig på parametre fra overvåkningsutstyret, fordi det ikke gir et fullstendig bilde av pasientens tilstand, men derimot kan bidra til at sykepleiere blir dårlige til å være tilstede for pasienten og svare på emosjonelt vanskelige spørsmål. Det er også grunn til å nevne studien til Lind et al (2012), hvor pårørende ble intervjuet om avsluttende behandling til intensivpasienter. Resultatene i denne studien viste blant annet at pårørende opplevde at sykepleierne hadde stort fokus på det instrumentelle, men var dårlige på direkte og tydelig kommunikasjon om det usikre i pasientens situasjon.

Et postoperativt miljø domineres av akutte tilstander, teknologi og høyt tempo, hvor det stilles store krav til sykepleierne om effektivitet og å få pasienten trygt og sikkert gjennom den postoperative fasen uten komplikasjoner, et så kalt forventet forløp. Pasienten skal ikke ligge til overvåkning lenger enn nødvendig, det vil si at når alle parametre er stabile skal pasienten videre til sengepost eller et sted med lettere overvåkning, en såkalt intermediær avdeling. Når sykepleierne møter utfordringen med at operasjonen ikke er vellykket, og at pasienten snart skal konfronteres med dette, må sykepleierne tenke og

prioritere annerledes. Fokuset blir da en oppvåkning som preges av et roligere tempo, hvor sykepleierne må våge å være tilstede for pasienten i ventetiden.

### **5.2.2 Betydningen av empati når følelsene må holdes under kontroll**

Sykepleierne gir uttrykk for at situasjonen pasienten befinner seg i, og fremfor alt det som venter han når informasjonen er gitt, vekker sterke følelser. De ser for seg at pasienten snart vil rammes av en traumatisk opplevelse, hvor fremtiden blir uviss og pasienten kan komme til å ha behov for å finne en mening i det som skjer. Men sykepleierne er tydelige på at de må stå i situasjonen og holde ut ventetiden, fordi det er pasienten det er verst for og som skal få de dårlige nyhetene. Noen sier det er spesielt krevende og brutalt å møte yngre pasienter som er midt i livet, selv om en erfaren sykepleier har møtt eldre pasienter som ikke er klare for å dø. Kanskje tyder dette på at det er møtet med den enkelte pasient som avgjør hvor sterkt inntrykket blir, hvilken kjemi som oppstår, og hvordan sykepleierne identifiserer seg med pasienten. Det er overveldende og trist når kirurgen ikke kunne gjøre det som var planlagt under operasjonen, men siden pasienten fortsatt er uvitende om hvordan operasjonen har gått, kan ikke sykepleierne gi uttrykk for følelsene de kjenner på. Lindring av lidelse er essensielt i sykepleie, og trøst er nært knyttet til lidelse. Men sykepleierne prøver å unngå og avsløre det de vet, og dermed må ønsket om trøst og lindring av lidelse legges tilside. Empati er et aspekt ved fenomenet interaksjon (Kim, 2010), og empati er også essensielt i enhver setting hvor sykepleiere møter pasienter som befinner seg i ulike livskriser. En viktig forutsetning for at sykepleierne kan vise empati er åpenhet om hvordan de oppfatter pasientens følelser. Sykepleierne kan bruke sine erfaringer og leve seg inn i pasientens situasjon, men det blir vanskelig å sette seg inn i pasientens følelsesliv når de ikke kan ha en dialog og utveksle tanker om hvordan pasienten virkelig har det. Muligheten sykepleierne har til å vise empati blir begrenset når de må undertrykke følelsene de kjenner på, fordi de prøver å unngå at pasienten skal forstå at noe er galt. Det er også vesentlig å merke seg at håndteringen av situasjonen vil være avhengig av i hvilken grad sykepleierne lykkes med å dreie fokuset over på å være tilstede for pasienten, og ikke bli for overveldet av følelsene de kjenner på pasientens vegne og strevet med å holde sannheten tilbake. Det vil ha stor betydning for sykepleierne å beholde grepet om sin profesjonelle rolle.

### **5.2.3 Betydningen av gjensidighet for å inngi tillit og bevare håp for pasienten**

Sykepleierne ønsker å etablere en god relasjon til pasienten i tiden før han er informert. Betydningen av dette blir utdypet av den uerfarne sykepleieren som opplevde at pasienten mistet tilliten til henne helt i starten av møtet, fordi hun forsnakket seg og sa for mye. Etter dette trakk pasienten seg helt vekk fra henne, og hun kunne ikke opprette noen relasjon til pasienten senere. Kim (2010) bruker også aspektet gjensidighet ved fenomenet interaksjon. Det kan sies å være en gjensidighet i relasjonen mellom sykepleier og pasient, hvor sykepleieren ønsker å inngi tillit til pasienten i tiden før han blir informert. Dette utdypes også i boken til Nortvedt og Grimen (2006), som skriver at relasjonen mellom sykepleier og pasient bygger på tillit. Denne relasjonen er preget av makt og sårbarhet, hvor sykepleierne innehar makt i kraft av sin profesjon, og pasienten er avhengig av at sykepleieren tar valg som er til hans beste. Men for å utøve sin profesjon behøver sykepleieren tillit fra pasienten, ved at pasienten stoler på at sykepleieren vet mest og tar de rette valgene for han. Sykepleierne i min studie ønsker å være profesjonelle i sin relasjon til pasienten, og de bruker tid og krefter på å skape tillit i møtet med pasienten. Men det byr på utfordringer når de ikke kan møte pasientens behov for informasjon om hvordan operasjonen har gått. Sykepleierne tar likevel valg for pasienten, det første er at de ikke forteller det de vet, fordi de ikke vil gjøre situasjonen verre for pasienten. Deretter velger de å få kirurgen til å komme å gi pasienten informasjon om operasjonen, for å sikre at pasienten får alle detaljer og sikres en optimal forståelse av situasjonen. Disse valgene tar sykepleierne fordi de anser at det blir til pasientens beste, og håper med dette å komme gjennom den kritiske fasen med tilliten til pasienten i behold. Men å etablere tillit til pasienten blir en hårfin balanse for sykepleierne, som lett kan endres til mistillit hvis pasienten oppdager at sykepleierne har holdt viktig informasjon skjult. Et eksempel på dette er sykepleieren som erfarte å bli konfrontert av pasienten etter at kirurgen hadde gitt informasjon, fordi pasienten da skjønnte at sykepleieren hele tiden hadde visst at operasjonen ikke hadde gått bra.

Betydningen av tillit blir også belyst i studien til Lind et al (2012), som viste at for de pårørende var åpenhet og ærlighet om intensivpasientens situasjon i forbindelse med avsluttende behandling en forutsetning for at de fikk tillit til sykepleierne. Sykepleierne i

min studie nevner ulike årsaker til at tilliten til pasienten kan bli svekket. Eksempler er når de velger å svare at de ikke vet når pasienten stiller direkte spørsmål. Tilbakeholdelse av sannheten blir av noen regnet som å lyve, og blir dermed som mistillit å regne. Enkelte sykepleiere mener det er en ulempe å ha liten tid sammen med pasienten og ikke kjenne han på forhånd, når tillit skal etableres. Men andre ønsker likevel å ta ansvar for pasienten selv om tiden er kort, og utnytte den tiden de har til rådighet. Dette kommer også frem i studien til Langedag og Ahlberg (2009), hvor ti uhelbredelig syke kreftpasienter ble intervjuet. Denne studien viste blant annet at sykepleiere kan inngi tillit til pasienten selv om de er fremmede for hverandre, ved å være tilstede og ta ansvar. Tillit i relasjonen til pasienten er nær knyttet til trygghet. Sykepleierne anser at formidling av trygghet er essensielt i tiden før pasienten er informert. Noen av sykepleierne mener pasienten blir bedre rustet til å motta de dårlige nyhetene hvis han kjenner seg trygg. En annen mener at en trygg pasient kanskje heller ikke vil stille de vanskelige spørsmålene. Det blir derfor en stor gevinst hvis sykepleierne kan lykkes i å opprette tillit til pasienten, og kan være tilstede for han selv om de ikke kan si så mye om operasjonen.

Sykepleierne erkjenner at de vet for lite om det kirurgiske, dels fordi de ikke vært med under operasjonen og sett med egne øyne det kirurgen har sett, og dels fordi de heller ikke vet hvilke planer kirurgen har for pasientens behandling videre. Flere har erfart at kirurgen kan ha et ess i ermet, en annen behandling som kan gi pasienten mer tid, og i tiden legger sykepleierne et håp. Sykepleierne anser derfor at de har en viktig oppgave ved å bidra til å bevare håpet for pasienten. Et eksempel som understreker betydningen av dette er sykepleieren som er redd for å ta håpet fra pasienten ved å ubevisst formidle at operasjonen ikke har gått bra. Flere studier fremhever også betydningen av å bevare håpet for uhelbredelig syke pasienter. Et eksempel er studien til McLennon et al (2012), hvor sykepleierne som deltok mente at å bevare håp også kan innebære å støtte pasientens håp om et mirakel. Reinke et al (2010) intervjuet 22 sykepleiere som hadde erfaring med pasienter med kroniske lungesykdommer og - kreft. Studien viste blant annet at det er viktig for sykepleiere å kjenne til betydningen av håp for pasienten, for å unngå falske forhåpninger og gi pasienten støtte, og de kan opprettholde håp bare ved å være tilgjengelig og tilstede for pasienten. Olvers (2012) oversiktsartikkel, som var en oppdatering av en tidligere

oversiktsartikkel og inneholdt 19 nye studier, viste at håp kan skape mening for uhelbredelig syke kreftpasienter. På bakgrunn av dette er det viktig for sykepleierne å ikke ta håpet om å bli frisk fra pasienten, fordi at selv med sikre kunnskaper om prognose for ulike kreftformer, finnes det kreftpasienter som lever på overtid. I relasjonen mellom sykepleier og pasient vil det være naturlig for sykepleiere å støtte opp under pasientens håp om å bli frisk, og på den måten blir det en gjensidighet i håpet. Men i situasjonen sykepleierne i min studie står i blir håpet ensidig fordi sykepleierne synes å håpe på vegne av pasienten, siden pasienten fortsatt er uvitende om utfallet av operasjonen. Senere vil situasjonen endre seg for pasienten fra en forventning om at alt har gått bra, til et håp om at det finnes annen kurativ, eller kun lindrende behandling.

### 5.3 Behov for råd og anerkjennelse

Sykepleierne har behov for å bearbeide situasjoner hvor de har møtt pasienter som er inoperable for kreft. Dilemmaet de står i når de velger å holde tilbake informasjon om utfallet av operasjonen, gjør at håndteringen av situasjonen blir ekstra utfordrende, og gir sykepleierne en følelse av utilstrekkelighet. For de fleste blir det kun tid til en spontan betroelse umiddelbart etter at møtet med pasienten er over. Da vil noen velge kollegaer som har vært i nærheten og kjenner settingen, mens for andre blir det en mer tilfeldig tilhører som får høre om opplevelsen. De erfarne sykepleierne virker å ha lettere for å snakke med kollegaer om hva som gikk bra og mindre bra i møtet med pasienten, uten at de føler seg mindre flink av den grunn. Dette kan ha med trygghet å gjøre, da flere har jobbet lenge i samme avdeling og kjenner kollegaene sine godt. En av de uerfarne derimot bruker mer tid på å velge ut hvem hun vil betro seg til, og er også redd for å være til bry og bruke av den andres tid. Dette tyder på at det er viktig for den uerfarne å mestre alt på egenhånd, og at det ligger prestisje i å ha kontroll på alt fra det tekniske til det mellommenneskelige i en høyteknologisk avdeling.

Sykepleierne ser nytten av å dele opplevelsene med kollegaer, det gjør situasjonen mindre belastende. Ved å dele får også sykepleierne en bekreftelse på at de har håndtert

situasjonen etter beste evne, fra andre som kjenner problemstillingen, og at de ikke er alene om å føle seg rådløse. Råd og innspill fra andre gir et annet perspektiv, som sykepleierne kan ta med seg videre til neste gang de står i lignende situasjon. Det synes å være to sider ved sykepleiernes opplevelse av å takle situasjonene. På den ene siden ønsker sykepleierne å ivareta pasienten på en bedre måte, og etterlyser en fasit eller oppskrift, men på den andre siden føler sykepleierne aldri at de håndterer situasjonen feil, fordi situasjonene er komplekse. Det blir vanskelig å forberede seg, fordi det er det uforutsigbare i situasjonen som gjør det vanskelig. En erfaren sykepleier mener det er viktig å ha fokus på det positive i situasjonen, ved å beholde troen på at hun gjør noe godt for pasienten. Dette kan tyde på at det er anerkjennelsen sykepleierne har størst behov for å få, fremfor gode råd om hva de kan gjøre annerledes. Men også i dette gjenspeiles betydningen av erfaring. En av de uerfarne sykepleierne ønsker tilbakemelding på hva hun gjorde bra og mindre bra, og råd om hva hun kan gjøre bedre, mens den erfarne bruker tid til å kjenne på varheten i møtet med den enkelte pasienten, og på den måten finne den beste måten å håndtere situasjonen på.

Det er tydelig at sykepleierne ønsker en gjennomgang av situasjonene som er mer organisert og systematisk, en såkalt debriefing. Debriefing betegner en samtale som foregår i grupper umiddelbart eller noen dager etter en dramatisk hendelse, med den hensikt å bearbeide hendelsen og forebygge utvikling av negative psykiske sen-følger (Store medisinske leksikon, 2009). Ingen av sykepleierne har tilbud om debriefing, selv om en av de erfarne gir uttrykk for at dette ville fungert best for henne, i stedet for å måtte vente i flere måneder på en veiledning. Flere har imidlertid et tilbud om sykepleiefaglig veiledning. De som har deltatt i dette, har positiv erfaring da det har gitt dem nyttige teknikker som kan gjøre situasjonene lettere å håndtere. Det blir ikke utdypet hva disse teknikkene går ut på og hvordan sykepleierne konkret bruker dem i møtet med pasienten som ikke er informert. Faglig veiledning beskrives som en systematisk læringsprosess med utvikling av personlige evner, som for eksempel evnen til å ha innlevelse med andre uten å forveksle dette med egne følelser (Teslo, 2006). Videre skriver Teslo at det i veiledning foregår en leteaksjon etter veilandens muligheter og evner til å finne egne løsninger på problemet og bedre sine handlingsmåter som fagperson. Ved hjelp av kunnskap, erfaring,

visdom og klokhet vil veilanden kunne oppnå reflektert erkjennelse (Teslo, 2006). Aadland (2006) hevder at ved å få veiledning på etiske dilemma, kan veilanden få hjelp til å sortere tanker og følelser ved vanskelige valg, og at det kan være godt å dele dilemmaet med andre, for ellers vil det vokse i dimensjon og løsningene blir vanskelige eller umulige. Studien viser at sykepleierne behøver bekreftelse på hvor utfordrende det er å håndtere situasjoner hvor de ikke kan ha en åpen og ærlig dialog med pasienten. Ved å få avsatt tid til å gå grundig og systematisk gjennom situasjonen i etterkant, vil sykepleierne få mulighet til refleksjon over de handlingsvalgene de har gjort og mulige handlingsalternativ.

## 6. KONKLUSJON

Studiens hensikt har vært å utforske hvordan sykepleiere i postoperative avdelinger erfarer møter med pasienter som ble funnet inoperable for kreft under operasjonen, men som ikke er informert om utfallet, og hvilke vurderinger som ligger til grunn når de velger å ikke fortelle sannheten til pasienten. Tretten sykepleiere fra to postoperative avdelinger ved to sykehus deltok i studien, fordelt i grupper etter lengde erfaring og sykehistilørighet. Det ble gjennomfòrt tre fokusgruppeintervjuer, hvor to grupper besto av sykepleiere med lang erfaring og en med kort erfaring. Fordi det var få sykepleiere med kort erfaring ble disse samlet i en gruppe på tvers av sykehistilørighet. I den ene gruppen med erfarne sykepleiere deltok en sykepleier med betydelig kortere erfaring enn de andre. Det var stor spredning i antall år erfaring blant sykepleierne, fra 1.5 til 34 år.

Studien viser at sykepleierne med lengst erfaring møter pasienten med større ro og bruker tid på å finne ut hva og hvor mye pasienten egentlig vil vite etter operasjonen, de har intuisjon, mens de uerfarne ønsker å forberede seg ved å legge en plan de kan handle etter. To av studiens hovedfunn preges av at sykepleierne balanserer flere komplekse oppgaver samtidig når de ivaretar kreftpasienter som ikke er informert om at operasjonen ikke har resultatet som var forventet. Situasjonen krever at sykepleierne må holde tilbake avgjørende informasjon for pasienten, men de sørger for at pasienten får informasjonen av ansvarlig kirurg når behovet melder seg. I denne første tiden velger sykepleierne å distansere seg fra pasienten, ved å la pasienten få ro og sove til han våkner av seg selv, eller signalisere til pasienten at de er opptatt med andre ting som for eksempel overvåkningen. Sykepleierne vokter seg vel slik at de ikke forsnakker seg, og dette preger dialogen med pasienten, men de er likevel redde for å ubevisst formidle til pasienten at de vet hvordan operasjonen har gått. De har derfor en ekstra oppmerksomhet på det nonverbale, som for eksempel kroppsspråk og det å unngå og uttrykke følelser.



Sykepleierne som deltok i studien har erfart at kreftpasienter som våkner etter en narkose kan ha et sterkt ønske om å få vite hvordan operasjonen har gått, og at noen forventer å få svar på dette tidlig i den postoperative fasen. Derfor tar sykepleierne et stort ansvar for å imøtekomme pasientens behov for informasjon ved å sørge for at kirurgen kommer på riktig tidspunkt, slik at pasienten slipper å vente på informasjon og sikres en optimal forståelse av hvordan operasjonen har gått. Dette blir spesielt viktig når prognosen viser seg å være dårlig

Sykepleierne kjenner seg utilstrekkelige når de ikke kan gjøre noe som hjelper pasienten, men ønsker å opptre profesjonelt slik at pasienten likevel skal kjenne seg godt ivaretatt. De har fokus på overvåkingen og ser betydningen av å mestre dette, for å forebygge komplikasjoner etter operasjon og narkose. I møtet med pasienten blir det viktig for sykepleierne å ha kontroll på egne følelser, både for å unngå at pasienten skal forstå at noe er galt, men også fordi det gjør at sykepleierne mestrer situasjonen bedre. Når sykepleierne tar seg sammen for ikke å vise følelser, tror de at de ikke viser empati for pasienten. Sykepleierne ønsker å inngi tillit til pasienten, slik at han kjenner seg trygg og ivaretatt, og dermed håper de at pasienten heller ikke stiller spørsmål om hvordan operasjonen har gått. Sykepleierne legger et håp i at kirurgen har en annen behandling å tilby pasienten, som kan gi lindring og tid til forsoning, selv om pasienten ikke forholder seg ikke til håpet ennå, fordi han fortsatt forventer at operasjonen har gått bra.

Studiens tredje hovedfunn handler om hvordan sykepleierne bearbeider situasjonene, og for de fleste dreier det seg om en uformell gjennomgang med kollegaer i avdelingen. Men det kommer tydelig frem at de ønsker å få avsatt mer tid og få en fastere ramme rundt bearbeidingen. Dette kan gi dem tid til refleksjon og ha noe å ta med seg videre til lignende situasjoner. De uerfarne etterlyser å få råd, men først og fremst etterlyser sykepleierne en anerkjennelse av at situasjonene er komplekse og utfordrende, og at det ikke finnes en fasit på hvordan de skal løses på en god måte. Studien viser at sykepleierne gjennom mer erfaring blir tryggere i å håndtere møter med uheldredelige syke pasienter som er uvitende om dårlig prognose, men evnen til å tilnærme seg og våge å være tilstede for pasienten kan også være avhengig av sykepleiernes personlighet og mot.

Studien viser betydningen av at sykepleiere i møte med pasienter som er uvitende om en uhelbredelig sykdom, lykkes å ha fokus på det som er viktig for pasientene. Men det vil kreve kreativitet, evne til å se enkeltmennesket, og at de våger å møte pasientene selv når ordene tar slutt. Det er viktig at sykepleiere er til stede for kreftpasienter som ikke er informert om at operasjonen ikke har gått som planlagt, den korte tiden de har sammen kan få betydning for hvordan pasientene håndterer sykdom og behandling videre. Sykepleiere kan bidra til at ventetiden blir preget av ro og trygghet, slik at pasientene blir best mulig forberedt på det som skal komme av informasjon. Situasjonene sykepleierne står i er kontekstuelle, og strategiene de benytter seg av for å ivareta den enkelte pasient kan utforskes i videre studier. Eksempler på dette kan være hvordan sykepleiere bruker teknikker de har lært gjennom veiledning, eller hvordan de bruker nøkkelord for å bedre kommunikasjonen med pasienter som er uvitende om dårlig prognose. På den måten kan sykepleiere få mer kunnskap om hvordan ivaretakelsen av denne pasientgruppen kan bli mer optimal og unik, og gi dem en større trygghet i deres profesjonelle rolle.

# LITTERATURLISTE

Almerud, S., Alapack, R.J., Fridlund, B. og Ekebergh, M. (2007). Caught in an artificial split: A phenomenological study of being a caregiver in the technologically intense environmentet. *Intensive and Critical Care Nursing*; 24, 130-136.

Bang, S. og Heap, K. (2011). *Skjulte ressurser. Om veiledning i grupper*. Gyldendal Akademisk.

Barbour, R.S. (2005). Making sense of focus groups. *Medical Education*; 39: 742-750.

Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert - dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. TANO forlag A.S.

Brink, P.J. og Wood, M.J. (1998). *Advanced Design in Nursing Research*. SAGE Publication.

Butt, C.M. (2011). Hope in adults with cancer. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 38, No. 5, E341 - E356.

Buus, N. (2008). Negotiating clinical knowledge: a field study of psychiatric nurses 'everyday communication. *Nursing Inquiry*; 15(3): 189-198.

Carey, M.A. og Smith, M.S. (1994). Capturing the Group Effect in Focus Groups: A Special Concern in Analysis. *Qualitative Health Research*; Vol. 4 No. 1, 123-127.

Christoffersen, S.Aa. (red.). (2005). *Profesjonsetikk*. Universitetsforlaget.

Duggleby, W. (2005). What About Focus Group Interaction Data? *Qualitative Health Research*; Vol. 15 No. 6, July 832-840.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2010).

<https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>

Lastet ned 20.03.15

Gaston, C.M. og Mitchell, G. (2005). Information giving and decision-making in patient with advanced cancer: A systematic review. *Social Science & Medicine*; 61, 2252-2264.

Graneheim, U.H. og Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*; 24, 105-112.

Grønnestad, B.K. og Blystad, A. (2004). Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon - En kvalitativ studie. *Vård i Norden*; Vol. 24 No. 4 PP 4-8.

Guba, E.G. og Lincoln, Y.S. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. SAGE Publications.

Gulbrandsen, T. og Stubberud, D-G. (red.). (2010). *Intensivsykepleie*. Akribe AS.

Halkier, B. (2003). *Fokusgrupper*. Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag.

Halkier, B. (2010). Focus groups as social enactments: integrating interaction and content in the analysis of focus group data. *Qualitative Research*; Vol. 10(1) 71-89.

Kim, H.S. (2010). *The nature of theoretical thinking in nursing*. (3.utg.) New York: Springer Publishing Company.

Kitzinger, J. (1994). The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*; Vol. 16 No. 1.

Koutsopoulou, S., Papathanassoglou, E.D.E., Katapodi, M.C. og Patiraki, E.I. (2010). A critical review of the evidence for nurses as information providers to cancer patient. *Journal of Clinical Nursing*; 19, 749-765.

Kreftforeningen (2015).

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftbehandling/kirurgi/>

Lastet ned 20.03.15

Kreftregisteret (2015).

<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/>

Lastet ned 20.03.15

Krueger, R.A. og Casey, M.A. (2009). *Focus groups. A practical guide for applied research*. 4th ed. Thousand Oaks, California: SAGE Publication, Inc.

Kuuppelomäki, M., og Lauri, S. (1998). Ethical dilemmas in the care of patients with incurable cancer. *Nursing Ethics*; 5 (4).

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Gyldendals Akademisk.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of qualitative interviewing*. London: SAGE.

Langegard, U. og Ahlberg, K. (2009). Consolation in Conjunction With Incurable Cancer. *Oncology Nursing Forum*, Vol. 36, No. 2.

Lerdal, A. og Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning*; 3 (3), 172-175.

Lind, R., Lorem, G.F., Nortvedt, P. og Hevrøy, O. (2012). Intensive care nurses' involvement in the end-of-life process - perspectives of relatives. *Nursing Ethics*; 19(5).

Lorensen, M., Davis, A.J., Konishi, E. og Bunch, E.H. (2003). Ethical issues after the disclosure of a terminal illness: Danish and Norwegian hospice nurses' reflections. *Nursing Ethics*; 10 (2).

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.

McLennon, S.M., Uhrich, M., Lasiter, S., Chamness, A.R. og Helft, P.R. (2012). Oncology Nurses' Narratives About Ethical Dilemmas and Prognosis-Related Communication in Advanced Cancer Patient. *Cancer Nursing*; Vol. 00, No. 0.

Morgan, D.L. (2010). Reconsidering the Role of Interaction in Analyzing and Reporting Focus Groups. *Qualitative Health Research*; 20(5) 718-722.

Morrison-Beedy, D., Côté-Arsenault, D. og Feinstein, N.F. (2001). Maximizing Result With Focus Groups: Moderator and Analysis Issues. *Applied Nursing Research*; Vol. 14, No. 1 (February), pp 48-53.

Nortvedt, P. (2012). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. Gyldendal Akademisk.

Nortvedt, P. og Grimen, H. (2006). *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Gyldendal Akademisk.

Olver, I.N. (2012). Evolving definitions of hope in oncology. *Current Opinion Supportive and Palliative Care*; 6(2): 236-41.

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. London: Sage.

Polit, D.E. og Beck, C.T. (2008). *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice*, 8th ed. Wolters Kluwer; Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Reed, J. og Payton, V.R. (1997). Focus groups: issues of analysis and interpretation. *Journal of Advanced Nursing*; 26, 765-771.

Reinke, L.F., Shannon, S.F., Engelberg, R.A., Young, J.P. og Curtis, J.R. (2010). Supporting Hope and Prognostic Information: Nurses' Perspectives on Their Role When Patients Have Life-Limiting Prognoses. *Journal of Pain and Symptom Management*; Vol. 39 No. 6, 982-992.

Rienecker, L. og Jørgensen, P.S. (2006). *Den gode oppgaven - håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*. Fagbokforlaget.

Rundskriv Helsepersonelloven med kommentarer (2012).

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/207/Helsepersonelloven-med-kommentarer-IS-8-2012.pdf>

Lastet ned 20.03.15

Rundskriv Lov om pasientrettigheter (2004).

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/411/Lov-om-pasientrettigheter-IS-12-2004.pdf>

Lastet ned 20.03.15

Sandvik, B.A. (2011). Mindfulness - det oppmerksomme nærvær. *Sykepleien Forskning*; Nr. 3: 6; 274-281.

Store medisinske leksikon (2009).

<https://sml.snl.no/debriefing>

Lastet ned 09.03.15

Store norske leksikon (2014).

[www.snl.no/inoperabel](http://www.snl.no/inoperabel)

Lastet ned 16.09.14

Store norske leksikon (2009).

[www.snl.no/postoperativ\\_avdeling](http://www.snl.no/postoperativ_avdeling)

Lastet ned 15.09.14

Suhonen, R. og Leino-Kilpo, H. (2006). Adult surgical patient and the information provided them by nurses: A literature review. *Patient Education and Counseling*; 61, 5-15.

Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Teslo, A-L. (2006). *Mangfold i faglig veiledning*. Universitetsforlaget.

Voogt, E., van Leeuwen, A.F., Visser, A.P., van der Heide, A. og van der Maas, P.J. (2005). Information needs of patients with incurable cancer. *Support Care Cancer*; 13: 943-948.

Webb, C. og Kevern, J. (2001). Focus groups as a research method: a critique of some aspects of their use in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*; 33(6), 798-805.

Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper - Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Studentlitteratur, Lund.

Wikström, A-C., Cederborg, A-C. og Johanson, M. (2007). The meaning of technology in an intensive care unit - an interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*; 23, 187-195.

Worster, B. og Holmes, S. (2009). A phenomenological study of the postoperative experience of patients undergoing surgery for colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*; 13, 315-322.



Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere - ICNs etiske regler (2011).

[https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Lastet ned 03.04.12


Aadland, E. (2006). Veiledning i etiske dilemmaer. I: Teslo, A-L. *Mangfold i faglig veiledning*. Universitetsforlaget.

# VEDLEGG

Vedlegg 1: Eksempel på søkestrategi fra PubMed

#31	Add	Search (#4) AND #5	1181	09:22:14
#30	Add	Search (#3) AND #5	111915	09:21:45
#29	Add	Search (#3) AND #4	11244	09:21:20
#28	Add	Search (#2) AND #5	15922	09:21:01
#27	Add	Search (#2) AND #4	1183	09:20:41
#26	Add	Search (#2) AND #3	109216	09:20:16
#25	Add	Search (#1) AND #5	69898	09:19:57
#24	Add	Search (#1) AND #4	607	09:19:25
#23	Add	Search (#1) AND #3	29442	09:18:57
#22	Add	Search (#1) AND #2	11176	09:18:39
#21	Add	Search ((#3) AND #4) AND #5	540	09:17:30
#20	Add	Search ((#2) AND #4) AND #5	41	09:16:42
#19	Add	Search ((#2) AND #3) AND #5	3667	09:15:54
#18	Add	Search ((#2) AND #3) AND #4	860	09:15:31
#17	Add	Search ((#1) AND #4) AND #5	141	09:14:51
#16	Add	Search ((#1) AND #3) AND #5	5343	09:14:16
#15	Add	Search ((#1) AND #3) AND #4	193	09:13:03
#14	Add	Search ((#1) AND #2) AND #5	1032	09:12:39
#13	Add	Search ((#1) AND #2) AND #4	10	09:12:00
#12	Add	Search ((#1) AND #2) AND #3	1235	09:11:28
#11	Add	Search (((#2) AND #3) AND #4) AND #5	31	09:09:38
#10	Add	Search (((#1) AND #3) AND #4) AND #5	52	09:09:06
#9	Add	Search (((#1) AND #2) AND #4) AND #5	3	09:08:20
#8	Add	Search (((#1) AND #2) AND #3) AND #5	134	09:07:40
#7	Add	Search (((#1) AND #2) AND #3) AND #4	3	09:07:03
#6	Add	Search (((#1) AND #2) AND #3) AND #4) AND #5	1	08:52:11
#5	Add	Search ((health communication) OR communication) OR information	1138572	08:51:17
#4	Add	Search ((medical futility) OR inoperable) OR incurable	16826	08:49:55
#3	Add	Search (neoplasms) OR cancer	2678154	08:48:59
#2	Add	Search ((postoperative period) OR postoperative care) OR postoperative	533221	08:47:21
#1	Add	Search ((nursing) OR nurse) OR nurse's role	591521	08:45:55

## Vedlegg 2: Svar fra NSD

<b>Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS</b> NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES			
		Harald Hårfagres gate 29 N-5007 Bergen Norway Tel: +47-55 58 21 17 Fax: +47-55 58 96 50 nsd@nsd.uib.no www.nsd.uib.no Org.nr. 985 321 884	
May Solveig Fagermoen Avdeling for sykepleievitenskap Institutt for helse og samfunn Universitetet i Oslo Postboks 1130 Blindern 0318 OSLO			
Vår dato: 21.01.2013	Vår ref: 31091 KS/LR	Deres dato:	Deres ref:
<b>TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER</b>			
Vi viser til melding om behandling av personopplysninger og etterfølgende korrespondanse. Meldingen gjelder prosjektet:			
31091	<i>Sykepleierens ivaretagelse av den inoperable kreftpasientens          informasjonsbehov i den postoperative fasen</i>		
Daglig ansvarlig	<i>May Solveig Fagermoen</i>		
Student	<i>Mona Austenå</i>		
På bakgrunn av opprinnelig informasjonsskriv og tilbakemelding fra personvernombudet ved Oslo Universitetssykehus, fikk personvernombudet forståelsen av at Oslo Universitetssykehus var behandlingsansvarlig for studien. Dette ble avklart med student, jf. telefonsamtale 01.10.2012. Derfor avsluttet ombudet saksbehandlingen av prosjektmeldingen uten å ha realitetsbehandlet denne 07.10.2012.			
I e-post 12.12.2012 opplyser studenten at Universitetet i Oslo likevel er databehandlingsansvarlig.			
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger omfattes av meldeplikten iht. personopplysningsloven forskrifter § 31.			
<b><u>Kommentar/vurdering</u></b>			
Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet. Personvernombudet finner informasjonsskriv mottatt 20.12.2012 tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.			
Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Oslo sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.			
Avdelingskontorer / District Offices: OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no TRONDHJEM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kjerne.svarer@vgt.ntnu.no TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-ame.andersen@uit.no			

## Vedlegg 2: Svar fra NSD

31091 KS/LR

2

Prosjektet skal avsluttes 01.08.2014 og innsamlede opplysninger skal da i følge prosjektmeldingen anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

**Avslutning**

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med personvernombudet, samt personopplysningsloven med forskrifter.

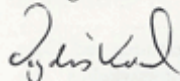
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

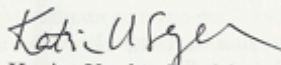
Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.08.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Vennlig hilsen



Vigdis Namtvedt Kvalheim



Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Katrine Utaaker Segadal tlf: 55 58 35 42

Kopi: Mona Austenå, Sørkedalsveien 9 E, 0369 OSLO

## Vedlegg 3: Svar fra avdelingsleder



Mona Austenå  
Generell Intensiv 2  
OUS - Rikshospitalet

Akuttklinikken  
Postoperativ/Intensivavdelingen

Vår ref.:  
GG  
Oppgis ved all henvendelse

Deres ref.:

Saksbeh.:

Dato:  
27.2.2013

Vedrørende søknad om gjennomføring av mastergradsprosjekt "Sykepleieres erfaringer med å ivareta pasienter med inoperabel kreft i post operativ avdeling"

Det vises til mottatt søknad om å få gjennomføre gruppeintervjuer som metode for datainnsamling ved PO [redacted] og PO [redacted] og vi godkjenner gjennomføring som beskrevet i din søknad.

Lykke til med prosjektet.

Med vennlig hilsen

[redacted] (sign)  
Konst. Avdelingsleder  
PO/Intensivavdelingen  
Akuttklinikken





## Vedlegg 4: Informasjonsskriv

**UiO : Det medisinske fakultet**  
Universitetet i Oslo

**Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**  
**”Sykepleieres erfaringer med å ivareta pasienter med inoperabel**  
**kreft i postoperative avdelinger”**

**Bakgrunn**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie som har til hensikt å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere har med å ivareta pasienter med inoperabel kreft i postoperative avdelinger. Studien er en del av min mastergradsoppgave i sykepleievitenskap, Avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Sykepleiere som jobber i postoperative avdelinger er de første pasientene møter etter operasjonen, og sykepleierne har liten forutsetning for å vite om pasienter som opereres for kreft er forberedt på et negativt resultat når de våkner etter narkosen. Dette er situasjoner som kan være krevende og vanskelig å takle for sykepleiere, og det kan råde usikkerhet om hva de kan og bør bidra med for å ivareta disse pasientene i starten av en svært sårbar fase i livet.

**Hva innebærer studien?**

Jeg ønsker å høre hvilke erfaringer du har med denne problemstillingen, og hvilke utfordringer det innebærer for deg som sykepleier. Hvordan håndteres slike situasjoner på din seksjon? Det er ønskelig at du i forkant har tenkt ut en konkret situasjon. Data vil bli samlet inn gjennom gruppeintervju med ca. 4 sykepleiere. Du vil bli plassert i gruppe utifra hvor lang erfaring du har med kreftpasienter i postoperative avdelinger. Henvendelsen gjelder samtykke til å delta i et intervju som vil vare 1- 1.5 timer på dagtid på din arbeidsplass. Det vil også være en assistent tilstede under intervjuet. Jeg ønsker også bakgrunnsopplysninger om deg som alder, kjønn, hvor lenge du har vært sykepleier, om du har videreutdanning og tidligere erfaringer med sykepleie til kreftpasienter. Disse opplysningene vil bli samlet inn etter intervjuet. Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning ved Oslo universitetssykehus (OUS) og Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).



**Institutt for helse og samfunn**  
Avdeling for sykepleievitenskap  
Postadr.: Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo  
Besøksadr.: Stjerneblokken, Nedre Ullevål 9,  
0850 Oslo

Telefon: 22 85 05 60  
Telefaks: 22 85 05 70  
postmottak@medisin.uio.no  
www.med.uio.no/helsam  
Org.nr.: 971 035 854

## Vedlegg 4: Informasjonsskriv

**Hva skjer med informasjonen om deg?**

Under intervjuene vil det bli gjort digitale lydopptak. Lydopptakene oppbevares på Universitetet i Oslo (UiO). Alle data vil bli gjort anonyme, men dersom det skulle fremkomme gjenkjennbare opplysninger underveis vil dette bli slettet. Lydopptakene vil bli skrevet ut i tekst. Dataene vil oppbevares nedlast til analysen er avsluttet og masteroppgaven er godkjent, senest 1. september 2014, deretter vil de bli slettet. Databehandlingsansvarlig er UiO. Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Min veileder vil ha tilgang til data.

**Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du velger og ikke delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn, og dette får ingen konsekvenser for deg i ditt arbeidsforhold til sykehuset. Om du sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Veileder for mitt prosjekt er førsteamanuensis May Solveig Fagermoen. Din avdelingsleder har innvilget min søknad til å gjennomføre studien på din seksjon. Dersom du har spørsmål vedrørende studien kan du kontakte meg på tlf. 95976620 eller epost [mona.austena@studmed.uio.no](mailto:mona.austena@studmed.uio.no), eller min veileder på tlf. 41234630 eller epost [m.s.fagermoen@medisin.uio.no](mailto:m.s.fagermoen@medisin.uio.no)

Med vennlig hilsen

Mona Austenå

Mastergradsstudent, Avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

## Vedlegg 4: Informasjonsskriv

UiO

3

## Samtykke for deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg har erfaring med kreftpasienter i postoperative avdelinger (sett kryss):

Inntil 2 år: \_\_\_\_\_

Over 5 år: \_\_\_\_\_

Tlf. nr. (som du kan nås på for å avtale tid for intervjuet):

## Bekreftelse på at informasjon er gitt deltakeren i studien

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

---

(Signert, mastergradsstudent, dato)

Signert samtykke legges i vedlagt frankert konvolutt.



## INTERVJUGUIDE

### Informasjon

Hensikten med dette intervjuet er å få mer kunnskap om de erfaringene dere har med å ivareta pasienter med inoperabel kreft i postoperative avdelinger. Intervjuet blir derfor en form for samtale dere i mellom hvor både erfaringer og vurderinger i disse situasjonene er tematikken. Dere skal altså i størst mulig grad snakke med *hverandre*, jeg vil bidra med spørsmål i starten av intervjuet og innimellom.

### Introduksjon

I informasjonsskrivet som dere fikk så ble dere oppfordret til å tenke ut en konkret situasjon fra praksis hvor dere har stått i denne problemstillingen. Det at dere kunne få tenke litt på tematikken før intervjuet skulle være en slags forberedelse. Jeg vil gjerne høre om en situasjon, er det noen som vil begynne med å fortelle om sine erfaringer? Vurderes ift om alle vil dele sin situasjon, for å inkludere alle i samtalen, be dem fortelle kort.

### Alternativt eller som en overgang til åpningsspørsmålet

Når dere tar i mot en pasient som er inoperabel for kreft, så kan det ta tid før kirurgen kommer og informerer pasienten om resultatet av operasjonen. I denne tiden må dere også ha kontroll over overvåkningsutstyret og bedømme pasientens kliniske tilstand. Konkretiseres med en tenkt situasjon for å gjøre det mer direkte.

## Vedlegg 5: Intervjuguide

**Jeg vil starte samtalen med dette spørsmålet:**

***Hvis pasienten spør deg om hvordan operasjonen har gått før kirurgen kommer, hvordan takler du denne situasjonen?***

- Hvilke tanker...
- Hvilke vurderinger...
- Ikke vite hva du skal si...
- Pasientenes reaksjoner på å ikke få svar...

***Når en skal håndtere slike situasjoner kan det jo kanskje hende at en må lyve for pasienten. Kan dere snakke litt om hvordan det kan oppleves?***

- Alternativt svare unnvikende...
- Svare vagt/uklart..
- Avlede - hvordan..
- Ikke svare - late som man ikke hører...
- Gjør andre ting...
- Pasientens reaksjoner og følelser...
- Pasienten mister tillit...

***Jeg vil gjerne høre hva dere tenker om hvordan håndteringen av en slik situasjon påvirker samhandlingen og den totale ivaretagelsen av pasienten. Dere skal jo samtidig håndtere overvåkningsutstyret og bedømme pasientens kliniske tilstand.***

- Større grad av stress...
- Følelse av å ikke kunne mestre..

## Vedlegg 5: Intervjuguide

- Gjøre feil..
- Påvirker den helhetlige omsorgen...
- Påvirker kommunikasjonen...
- Eller gir det et «pusterom», mulighet til å gjøre noe konkret...

***Nå har dere jo snakket mye om hvordan dere håndterer disse pasientene når dere står alene med dem, men hvordan blir det i etterkant, hender det noen gang at det blir diskusjoner etter slike situasjoner i seksjonen deres? Tenk en liten stund på det før dere begynner å prate med hverandre.***

- Enige - uenige...
- Andre yrkesgrupper, feks. legene..
- Håndtere annerledes...

## Avslutning

- Er det noe dere nå tenker på som ikke har blitt sagt?
- Noen av dere har snakket om..... hva tenker dere andre om det?
- Jeg har lagt merke til at ingen av dere har nevnt noe om.. hva tenker dere om det?
- Hvordan har dere opplevd å være med på intervjuet?
- Har dere noen spørsmål til slutt?



